Należytość pocztową opłacono ryczałtem.

PIELĘGNIARKA POLSKA

MIESIĘCZNIK POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

Rok II. Maj - Czerwiec 1930 Nr 5-6.

Pielęgniarka Polska Nr 5-6

Numer poświęcony zagadnieniom z zakresu walki z gruźlicą.

TREŚĆ:

L'Infirmière Polonaise Nr 5-6

Numéro concernant la question de la lutte antituberculeuse

SOMMAIRE:

Czas odnowić prenumeratę na II. półrocze.

Rok II. Maj-Czerwiec 1930 Nr. 5-6.

PIELĘGNIARKA POLSKA

CZASOPISMO POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

WYCHODZI CO MIESIĄC POD KIERUNKIEM HANNY CHRZANOWSKIEJ, JADWIGI SUFFCZYŃSKIEJ I WANDY LANKAJTESÓWNY.

Najważniejsze zadania organizacyjne ruchu przeciwgruźliczego w Polsce

(Z Polskiego Związku Przeciwgruźliczego)

Wśród szeregu zagadnień, jakie stoją przed Państwem do rozwiązania, problem gruźliczy bezsprzecznie należy do najdonioślejszych, a zarazem do najcięższych. Problem ten, jako jedno z zagadnień medycyny społecznej, od dziesiątków lat był rozwiązywany w różnych krajach rozmaicie, mniej lub więcej skutecznie. Trudności tego problemu pochodzą przedewszystkiem z powodu specyficznych właściwości gruźlicy, jako choroby zakaźnej, która, jak żadna inna, związana jest z szeregiem różnych czynników społecznych, jak poziom kultury danego kraju, jego zamożność, uprzemysłowienie, gęstość zaludnienia, wyższy lub niższy stopień organizacji społecznej i państwowej, a na którą dotychczas nie wynaleziono skutecznego i pewnego leku. Pomimo to, dawniejsze zapatrywanie, że choroba ta jest nieuleczalna, należy już do przeszłości. Obecnie zyskało prawo powszechnego obywatelstwa kategoryczne twierdzenie, że gruźlica jest uleczalna, ale do zwalczania jej samo leczenie jest niewystarczające. To też, jeżeli nie jest ono prowadzone równolegle z zapobieganiem, w pełnem i nowoczesnem znaczeniu tego słowa, to samo leczenie gruźlicy staje się karygodnem i niedopuszczalnem trwonieniem zarówno sił społecznych, jak i środków materjalnych.

W czasach powojennych zwalczanie gruźlicy, jako szkodliwego zjawiska społecznego, od którego żaden kraj na obu półkulach nie jest wolny, stało się jednem z najważniejszych zagadnień, któremu wszystkie państwa kulturalne poświęcają dużo wysiłków i bardzo znaczne sumy pieniężne. Ruch przeciwgruźliczy, wszędzie wydatnie popierany przez państwo, nigdzie nie stał się wyłącznem zadaniem li tylko administracji państwowej, lecz odwrotnie, skupił w sobie w ten, lub inny sposób

wysiłki najrozmaitszych instytucyj i organizacyj społecznych, oraz rządowych, a to przedewszystkiem dlatego, że dla zwalczania gruźlicy, prócz potężnych środków pieniężnych na samo leczenie i rozbudowę urządzeń leczniczo-zapobiegawczych — sum tak potężnych, że żaden rząd, jako taki, podołać im nie jest w stanie — konieczną jest jeszcze poprawa warunków całego szeregu dziedzin życia społecznego.

Ruch przeciwgruźliczy, rozwijający się odzielnie w każdym kraju, już przed wojną światową wkroczył na tory międzynarodowe, a w czasach powojennych współdziałanie międzynarodowe na tem polu stało się bardzo ożywione, co znajduje swój wyraz w bardzo licznie obsyłanych międzynarodowych kongresach przeciwgruźliczych.

W Polsce ruch przeciwgruźliczy ma swego wyraziciela w Polskim Związku Przeciwgruźliczym, którego statutowem zadaniem jest zespalanie i uzgadnianie działalności Towarzystw Przeciwgruźliczych, instytucyj, oraz samorządów pracujących na polu zwalczania gruźlicy; praca nad zwiększaniem środków na cele walki z gruźlicą, oraz wszelka inicjatywa w sprawie akcji przeciwgruźliczej, a któremu Ministerstwo Spraw Wewnętrznych udziela w tym zakresie szerokich pełnomocnictw.

Polski Związek Przeciwgruźliczy, przystępując przed pięciu laty do pracy, stanął na platformie nowoczesnych metod zwalczania gruźlicy i przyjął, jako najodpowiedniejszy w tym celu, system t. zw. edynburski, obecnie powszechnie uznany za najlepszy. W systemie tym, jakby jądrem organizacyjnem jest poradnia przeciwgruźlicza, wokoło której grupuje się kompleks zakładów i instytucyj przeciwgruźliczych, stojących z nią w stałej i ścisłej współpracy. Kompleks ten stanowią szpitale dla ciężej chorych, sanatorja dla przypadków początkujących, osiedla gruźliczych, łączące w sobie lecznictwo z izolacją chorych, oraz z zużytkowaniem zdolności ich do pracy w odpowiednich warunkach; domy dla ozdrowieńców, schroniska dla nieuleczalnych, wreszcie szereg instytucyj zapobiegawczych, jak kolonje i półkolonje dla dzieci, organizacje typu Oeuvre Grancher dla drobnych dzieci, pochodzących z rodzin gruźliczych, szkoły na świeżem powietrzu, prewentorja, oraz komitety szczepień zapobiegawczych metodą profesora Calmetta. Wszystkie te instytucje dla zgodnej i celowej współpracy muszą znajdować się pod wspólnem kierownictwem.

Zasadniczem zadaniem poradni jest wynajdywanie ognisk gruźliczych, wyeliminowanie roznosicieli zarazy przez przekazywanie ich odpowiednim instytucjom leczniczym; opieka nad otoczeniem chorego w najszerszem słowa znaczeniu, t. j. nietylko nad rodziną, lecz i nad współmieszkańcami, opieka nietylko w znaczeniu epidemjologicznem, ale i społecznem. Równocześnie przez swój personel pielęgniarski poradnia prowadzi szeroko pojętą akcję uświadamiającą i zbiera dane statystyczne.

Raz zarejestrowany przez poradnię przeciwgruźliczą chory pozostaje do końca życia w stałej jej ewidencji i, zależnie od swego stanu zdrowia, na skutek wniosków poradni korzysta z tej lub owej formy świadczeń, jakie organizacja przeciwgruźlicza uważa w danej chwili dla niego za najodpowiedniejsze. Dotyczy to w większej, lub mniejszej mierze jego otoczenia. Innemi słowy mówiąc, opieka, w ten sposób traktowana, nad osobnikiem pochodzącym z ogniska gruźliczego, w praktyce nowoczesnego ruchu przeciwgruźliczego, jest stałą i nie może być uzależnianą od żadnych

okoliczności natury społecznej, a między innemi, od zamożności, zatrudnienia lub bezrobotności, a przedewszystkiem od terminów uprawnień chorego do korzystania ze świadczeń czyto państwowych, czyto w zakładach ubezpieczeń społecznych, a między innemi i w Kasach Chorych. Inne traktowanie chorych gruźliczych, a przedewszystkiem zaraźliwych dla otoczenia, jest zupełnie z punktu widzenia społecznego bezwartościowe, nie gwarantuje bowiem odzyskania zdrowia, względnie odzyskania zdolności zarobkowej, gdyż bardzo często skuteczne leczenie, aż do stopnia odzyskania zdolności zarobkowania, trwać musi okres znacznie dłuższy, niż działanie uprawnień chorego lub świadczeń ubezpieczeniowych, ani też nie zabezpiecza rodziny jego i otoczenia od możliwości zakażenia się, ewentualnie zaś już istniejące wśród nich zakażenia, przeoczą aż do czasu, kiedy choroba wystąpi już w całej pełni i stanie się do opanowania trudniejsza, a zatem kosztowniejsza. Wreszcie inne sposoby zwalczania gruźlicy uniemożliwiają ochronę przed zakażeniem dziecka.

Racjonalne prowadzenie akcji przeciwgruźliczej w efekcie końcowym daje, jak to wykazują stosunki zachodnio-europejskie i amerykańskie, znaczny spadek śmiertelności z gruźlicy, zmniejsza się również liczba chorych na tę chorobę. Ma się rozumieć, efekt taki osiągalny jest dopiero po upływie szeregu lat jej racjonalnego prowadzenia. Tak np. w Anglji i Ameryce, gdzie prowadzono energiczną, nowoczesnemi metodami, walkę z gruźlicą, śmiertelność z niej w przeciągu 25 lat spadła o 50—60 procent, gdy we Francji, która mniej energicznie w owym czasie ją zwalczała, śmiertelność opadła tylko o 10%.

Racjonalne prowadzenie akcji przeciwgruźliczej, jak widać z poprzednich wywodów, wymaga bardzo skomplikowanego różnorodnego, a zarazem kosztownego aparatu leczniczo - zapobiegawczego, na który żadna instytucja lub organizacja samodzielnie pracująca, nie będzie w stanie ani zdobyć się, ani też go utrzymać.

O konieczności zaś prowadzenia jak najenergiczniejszej walki z gruźlicą na podstawie współdziałania wszystkich w tem zainteresowanych czynników, najwymowniej przekonywują rozważania, oparte na liczbach. Przed rozpatrzeniem ich niezbędne jest jednak krótkie zastrzeżenie, że w Polsce oficjalna statystyka gruźlicy, w ścisłem słowa znaczeniu, nie istnieje, ponieważ niema u nas obowiązku zgłaszania wszystkich chorych na gruźlicę, ani też zgonów z niej. Obliczenia niniejsze oparte są na oficjalnych danych liczbowych, dotyczących 8 Województw i uzupełnieniu sum tych odpowiedniemi poprawkami. Obliczenia te przeprowadzono z możliwą skrupulatnością i jeżeli w nich istnieją pomyłki, to raczej in minus, a nie in plus. Liczby odnoszą się do roku 1926 i czerpane są z kwartalników statystycznych wydanych przez Główny Urząd Statystyczny w roku 1928/29.

Na podstawie tych obliczeń, musimy przyjąć jako minimalną liczbę rocznych zgonów z gruźlicy 78.500, a umieralność z gruźlicy na 10.000 wynosi u nas 31. Przyjmując, wzorem Amerykańskiego Narodowego Związku oraz Niemieckiego Centralnego Komitetu Walki z gruźlicą 10, jako mnożnik liczby zgonów dla określenia liczby żyjących chorych na gruźlicę, otrzymamy ogólną liczbę żyjących gruźlików 785.000.

Dla orjentacji zaznaczyć należy, że ogólna umieralność z gruźlicy w Niemczech w roku 1926 wynosiła na 10.000 mieszkańców — 9.8, w Danji — 8.1, była więc trzykrotnie i prawie czterokrotnie niższa, niż u nas.

Przy tym stanie zagruźliczenia zaopatrzenie naszego kraju w urządzenia zapobiegawczo-lecznicze przedstawiało się bardzo skromnie. Przytoczone poniżej liczby oparte są na możliwie miarodajnych oficjalnych danych z końca roku 1927. Poprawki, jakie będzie trzeba w nie wprowadzić, z powodu otwarcia paru nowych sanatorjów, będą tak nieznaczne, że nie wpłyną zasadniczo na całokształt tych obliczeń. (Pojawiające się sporadycznie w prasie wyższe liczby łóżek sanatoryjnych pochodzą ze zbyt pochopnego zaliczania powstających rozmaitych stowarzyszeniowych domów wypoczynkowych lub pensjonatów do sanatorjów).

W 636 szpitalach z ogólną liczbą 55194 łóżek, 187 szpitali, t. j. 29.4% posiadało łóżka dla gruźliczych w ogólnej sumie 3.000. Oprócz tego istniało 27 sanatorjów dla gruźlicy z 2297 łóżkami, co razem ze szpitalami czyniło u nas 5297 łóżek dla gruźlicy. Wynosi to 1.8 łóżek na 10.000 mieszkańców.

Należy tu za francuskim autorem A. Martinem („Revue de phtisiologie“ 1929 r. Nr. 1) powtórzyć: „Aktualnie sprawa przedstawia się tak, że prawie wszędzie w małych centrach łóżka zarezerwowane są zazwyczaj w niewystarczającej ilości i gruźlicy pomieszczani są zwykle w ogólnych salach wraz z innymi chorymi. Co więcej, za wyjątkiem, który zdarza się tylko w punktach ważniejszych, lub uniwersyteckich, gdzie, dzięki kompetencji kierowników, gruźlicy bywają pomieszczani w idealnych nawet warunkach leczenia, większość szpitali prowincjonalnych posiada sale dla gruźlików tylko na papierze, a jeżeli nawet je posiada, to nie mają one wyspecjalizowanej opieki nad chorym“.

Stan ten zaopatrzenia w łóżka dla gruźlicy jest bezwzględnie niedostateczny. Najlepiej przekona o tem przytoczenie liczb w państwach, gdzie walka z gruźlicą postawiona jest na odpowiednim poziomie. I tak, na 10.000 mieszkańców posiada łóżek dla gruźlicy: Norwegja — 14, Danja — 9.8, Szwajcarja — 8.7, Szwecja — 8.5, Anglja z Walją — 5.7, Stany Zjednoczone Północnej Ameryki — 5.5, Finlandja — 4.7, Holandja 4.

Szkodliwość tego braku łóżek najlepiej ilustrują stosunki na terenie lecznictwa Kas Chorych, których lekarze, nawet w razach koniecznej potrzeby izolowania ciężko chorego przez skierowanie go do szpitala, nie są w stanie tego uczynić z powodu braku w nich wolnych miejsc. Chorzy zmuszeni są nadal pozostawać w domu wśród rodziny, przeważnie w najfatalniejszych warunkach higjenicznych. Lekarze kasowi pozostają bezradnymi świadkami, jak z tego powodu, szczególnie drobne dzieci z otoczenia chorego zapadają na gruźlicę, przeważnie opon mózgowych i giną przedwcześnie. Równocześnie gruźlicy lżej chorzy, zakwalifikowani przez komisje do leczenia sanatoryjnego, w oczekiwaniu na zwolnienie się dla nich miejsc, tworzą liczne, częstokroć setki osób liczące, ogonki. Oczekiwanie takie, jak nas uczą np. stosunki warszawskie, przeciąga się szereg miesięcy, nierzadko 6 i więcej. Jak to wpływa na stan choroby, nie trzeba dowodzić. Z drugiej strony zupełnie słusznie podnosi A. Martin (l. c.): „Sanatorja powszechne są zmuszone do przyjmowania chorych, których coûte que coûte trzeba gdziekolwiek umieścić, a których stan wymaga leczenia, przechodzącego możność środków sanatoryjnych i którzy, koniec końców, nie wyciągają żadnej trwałej korzyści z pobytu“.

Polski Związek Przeciwgruźliczy, od początku swej działalności, z tego stanu rzeczy sprawę zdawał sobie dokładnie, świadom jednak wielkich trudności, jakie nastręczała natychmiastowa realizacja współpracy wszystkich zainteresowanych w zwalczaniu gruźlicy czynników, jak małe

jeszcze wśród szerokich mas społeczeństwa jest zrozumienie istoty gruźlicy, jako choroby i zjawiska społecznego, oraz konieczności powszechnego jej zwalczania, wreszcie, powodując się względami ekonomiczno-społecznemi kraju, uznał za konieczne pracę swą prowadzić w dwóch kierunkach:

Z jednej strony starał się: 1) rozwinąć jak najszerszą propagandę przeciwgruźliczą, sięgającą do wszystkich warstw ludności, 2) przygotować odpowiednie kadry wyszkolonego personelu lekarskiego i pielęgniarskiego, 3) powodować zakładanie możliwie licznych poradni przeciwgruźliczych, jako przyszłych ośrodków akcji przeciwgruźliczej, 4) inicjować powstawanie nowych towarzystw przeciwgruźliczych.

Z drugiej strony prowadził starania jaknajcelowszego zespolenia w akcji przeciwgruźliczej samorządów i Kas Chorych.

Wysiłki w pierwszym kierunku dały w wyniku, iż obecnie na całym terenie państwa pracuje 139 towarzystw przeciwgruźliczych, liczba poradni z 37-mu w 1922 roku doszła w początkach roku bieżącego do 202, czyli wzrosła sześciokrotnie. Wyszkolono 134 lekarzy i 156 higjenistek wywiadowczyń. Sumy zebrane podczas pierwszej kampanji „Dni Przeciwgruźliczych" w roku 1926 ze sprzedaży znaczka przeciwgruźliczego wynosiły 25.630 złotych, w następnym roku — 63.724 zł.; w kampanji 1927—28 roku — 71.911, a w ostatniej kampanji 1928—1929 r., pomimo, że rozrachunek nie jest jeszcze całkowicie przeprowadzony, przekraczają już sumę 221.000 zł., czyli w porównaniu z piewszą kampanją są dziewięciokrotnie większe. Już sam wynik finansowy zbiórki podczas „Dni Przeciwgruźliczych", z których to sum 75% stale przeznaczano na cele miejscowej akcji przeciwgruźliczej, świadczy dobitnie o przenikającej społeczeństwo świadomości całej grozy gruźlicy, jako zjawiska społecznego i konieczności energicznej z nią walki. To też w obecnej chwili uważać należy, że te zamierzenia Związku do pewnego stopnia zostały zrealizowane. Jednak wskutek niestosunku, jaki powstał pomiędzy ilością poradni przeciwgruźliczych, a ilością innych urządzeń zapobiegawczo-leczniczych, wytworzył się stan nienormalny. Poradnia przeciwgruźlicza, aczkolwiek winna być ośrodkiem walki z gruźlicą, to jednak, o ile nie posiada ona możności z powodu braku w kraju odpowiedniej ilości łóżek szpitalnych i sanatoryjnych, ani izolowania chorych niebezpiecznych dla otoczenia, ani skierowywania innych chorych, wymagających leczenia, do odpowiednich zakładów — zadania swego należycie spełniać nie może i przestaje być ośrodkiem akcji przeciwgruźliczej. Znaczenie jej dla propagandy i uświadomienia przeciwgruźliczego zostaje również mocno zagrożone, gdyż szerzone przez nią zasadnicze pojęcia o zwalczaniu gruźlicy nie mogą być i nie są realizowane. Dalsza zatem rozbudowa poradni, chociaż ich obecna liczba nie jest jeszcze dostateczna, jeżeli z nią nie będzie kroczyć równolegle rozbudowa szeregu innych urządzeń zapobiegawczo - leczniczych, stanowiących dalszy cykl zamkniętego systemu edynburskiego, nie ma racji bytu, a może nawet ujemnie się odbić na całej akcji przeciwgruźliczej.

Nie jest to, zresztą, wyłączna cechą naszych polskich stosunków. Podobny stan istnieje i we Francji. Oto co pisze w tej sprawie A. Martin (l. c.): „Ogółem, jak słusznie zaobserwował M. G. Poix, komitety departamentalne nie powinny dążyć do tworzenia nowych poradni, można rzec nawet, że zwiększanie liczb poradni, zanim zostaną ulepszone warunki możności umieszczania chorych w szpitalach, zwiększałoby zamieszanie, którego i tak nie brak w arsenale".

Usiłowania Polskiego Związku Przeciwgruźliczego w drugim kierunku, to znaczy w dążeniu do zespolenia, w akcji przeciwgruźliczej wszystkich w niej zainteresowanych czynników, doprowadziły do tego, że sprawa ta była tematem zjazdu przeciwgruźliczego w Krakowie w roku 1926, oraz zjazdu Kas Chorych tamże w lutym 1927 r. Wreszcie w r. 1927 z inicjatywy Związku została utworzona specjalna komisja rzeczoznawców z ramienia Polskiego Związku Przeciwgruźliczego i Ogólnopaństwowego Związku Kas Chorych. Na podstawie zebranego przez P. Z. P. materjału, powzięła ona na posiedzeniu 18-go czerwca 1928 roku szereg uchwał, zatwierdzonych nieco później w tymże roku przez Zjazd Przeciwgruźliczy w Poznaniu.

Z uchwał tych niedwuznacznie wynika, że akcja przeciwgruźlicza, aby być skuteczną i oszczędną, powinna obok leczenia obejmować zapobieganie, być prowadzona terytorjalnie; spoczywać w jednych rękach, a współpracować w niej winny wszystkie czynniki w zwalczaniu gruźlicy zainteresowane, t. zn. Rząd, samorządy terytorjalne, instytucje ubezpieczeń społecznych, oraz organizacje społeczne o pokrewnych celach. Czyli, że organizacja, czyniąca zadość tym dezyderatom, winna być ciałem zbiorowem — emanacją tych wszystkich instytucyj i organizacyj społecznych, biorących udział w walce z gruźlicą (pkt. 1, 2, 4, 5). Następnie uchwały te decydują bezapelacyjnie, że opieka nad chorymi winna być uzależniona od trwania choroby, a być niezależna od trwania uprawnień ubezpieczeniowych (pkt. 2), oraz obejmować, prócz chorego, całe jego otoczenie (punkt 4). Poza tem uchwały komisji rzeczoznawców wyrażają przekonanie, że zespolenie pracy towarzystw przeciwgruźliczych i Kas Chorych z biegiem czasu wciągnie do współpracy resztę czynników zainteresowanych, oraz, że do akcji przeciwgruźliczej konieczne jest posiadanie wystarczającej liczby wykwalifikowanego personelu lekarskiego i pielęgniarskiego, prowadzenie statystyki gruźlicy, oraz programowe rozszerzenie akcji przeciwgruźliczej.

Wreszcie, w drugiej części, uchwały postanawiają utworzenie stałej komisji porozumiewawczej składającej się z przedstawicieli P. Z. P., Kas Chorych, z każdej strony po trzy osoby, oraz 3 zaproszonych przedstawicieli samorządów. Zadaniem tej stałej komisji ma być krytyczna ocena i uzgadnianie wszystkich projektów i zagadnień każdej ze stron w zakresie walki z gruźlicą, dotyczących czy to akcji prowadzonej przez Kasy Chorych wśród ubezpieczonych, czy to zasad, na jakich się ma ona opierać; wreszcie układów pomiędzy poszczególnemi Kasami Chorych, a lokalnemi towarzystwami przeciwgruźliczemi. Komisji winny być bezwarunkowo („w każdym razie“) przekazywane sprawy, normujące prowadzenie statystyki gruźlicy, szkolenia personelu lekarskiego i pielęgniarskiego, oraz propagandy.

Uchwały te, bezspornie bardzo ważne, pominęły niestety zupełnie tak ważną sprawę łóżek do zakładowego leczenia i zapobiegania gruźlicy. Zresztą z różnych powodów wogóle nie zostały zrealizowane. W międzyczasie pewne nowe zjawiska społeczne zmusiły Polski Związek Przeciwgruźliczy pogląd swój na współpracę wspomnianych wyżej czynników znacznie rozszerzyć i nieco zmodyfikować.

Zjawiskami temi w chronologicznym porządku są: 1) powstanie w roku ubiegłym w grudniu Związku Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych, 2) wejście w życie w Niemczech z dnia 1-go kwietnia b. r.

przepisów wykonawczych do rozporządzenia Ministra Pracy o rozbudowie ubezpieczeń społecznych, wreszcie 3) w ostatnich czasach szeroko pomyślana reorganizacja w Kasach Chorych.

Z tych powodów P. Z. P. uważał za konieczne, po porozumieniu się z przedstawicielami Kas Chorych, zaprosić do stałej komisji porozumiewawczej przedstawicieli Związku Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych, oraz przedstawić na pierwszem posiedzeniu komisji następujący swój pogląd.

Coraz głębiej przenikające społeczeństwo polskie uświadomienie o konieczności energicznego powszechnego zwalczania gruźlicy, daje swój wyraz w coraz większej na tem polu aktywności rozmaitych organizacyj społecznych. Wobec jednak braku skoordynowania, oraz miarodajnej opinji kierowniczej, czynniki te pracują w tej akcji obok siebie, ale każdy sobie, marnując w ten sposób siły społeczne, oraz skąpe i tak na ten cel środki materjalne, nie posuwając sprawy naprzód. Dalsze pozostawienie tego rodzaju odrębnego poczynania jakichkolwiek instytucyj, czy to Kas Chorych, czy Zakładów Ubezpieczeń, czy to samorządów, a nawet Rządu, na tych pierwszych etapach rozwoju naszego arsenału przeciwgruźliczego byłoby niszczeniem podstaw racjonalnej akcji przeciwgruźliczej.

Katastrofalny brak łóżek szpitalno-sanatoryjnych uniemożliwia całkowicie prowadzenie racjonalnej akcji przeciwgruźliczej zapobiegawczo-leczniczej, dyskredytuje ją w oczach ludności, a równocześnie z dnia na dzień pogarsza i tak groźny stan zagruźliczenia kraju. Istnieje zatem nieodzowna konieczność jak najszybszej rozbudowy dalszych urządzeń zapobiegawczo-leczniczych systemu edynburskiego przez tworzenie w pierwszym rzędzie specjalnych oddziałów szpitalnych dla gruźliczo chorych, które umożliwiłyby:

1) Izolację niebezpiecznych dla otoczenia chorych, kiedy tego z jakichkolwiek powodów w domu uskutecznić nie można.

2) Ustalenie rozpoznania gruźlicy, kiedy obserwacja ambulatoryjna i w domu jest niewystarczająca, lub uskutecznić się nie da.

3) Zadecydowanie o najodpowiedniejszej metodzie leczniczej, ewentualnie zakwalifikowanie do odpowiedniego sanatorjum.

4) Interwencję terapeutyczną w nowoczesnem pojęciu (odma, zabiegi chirurgiczne).

Oddziały te z konieczności muszą pozostawać w ścisłym związku z poradnią i pod wspólnem lekarskiem kierownictwem, a obsługiwać pewną jednostkę terytorjalną. Nie mogą być one w żadnym wypadku wyłączną własnością jakiejkolwiek instytucji, natomiast muszą zześrodkowywać w sobie wysiłki wszystkich wyżej wymienionych czynników. Tego rodzaju oddziały szpitalne z odpowiednią liczbą łóżek, winny być rozrzucone po całym kraju i bez nich w obecnem zrozumieniu zwalczania gruźlicy wszelka praca jest nie do pomyślenia.

Minimalnie obliczony plan na pierwszy 10-cio letni etap rozbudowy naszego arsenału przeciwgruźliczego po odrzuceniu istniejących, okrągło licząc, 5.300 łóżek szpitalno-sanatoryjnych, wymaga 12.966 łóżek szpitalnych, 11.434 łóżek sanatoryjnych, 3.924 miejsc w sanatorjach dziennych, 7.848 miejsc w prewentorjach, oraz 146 poradni. Łóżka szpitalne i sanatoryjne są najpilniejsze. Koszty tych inwestycyj, obliczając łóżka szpitalne

po 12.500 złotych, łóżka sanatoryjne po 10.000 zł., miejsca w sanatorjach dziennych i prewentorjach, oraz koszt urządzenia jednej poradni po ośm tysięcy złotych, wyniosłyby ogółem w zaokrągleniu 370.000.000 złotych, t. j. wymagałyby 37.000.000 złotych rocznie. Po wybraniu najtańszego typu budownictwą możnaby koszty te jeszcze nieco obniżyć.

Dla rozwiązania całego problemu organizacyj i współpracy w akcji przeciwgruźliczej, dla prowadzenia jej celowo i oszczędnie, oraz dla sfinansowania powyższego planu rozbudowy, Polski Związek Przeciwgruźliczy widzi trzy sposoby.

I. Polegałyby na tworzeniu, wzorem Niemiec drogą ustawy, Związków współpracy dla zwalczania gruźlicy. Związki te winny objąć ustawowo, oprócz samorządów miejskich i wiejskich, zakłady ubezpieczeniowe wszelkiego rodzaju, oraz instytucje społeczne o pokrewnych celach. Udział Rządu winien być ustawowo zastrzeżony. Prawa i obowiązki poszczególnych członków Związku, jak i wysokość udziału finansowego, winny być, jak i wzajemne pomiędzy niemi stosunki, uregulowane drogą umowy. Fundusze Związku powstałyby z udziału poszczególnych członków, a wysokości ich musiałyby być obliczone proporcjonalnie do reprezentowanej przez nich liczby ludności, ewentualnie proporcjonalnie do ilości i kosztów potrzebnych dla tej liczby ludności urządzeń leczniczo-zapobiegawczych. W razie powstania takich Związków Współpracy, wszystkie instytucje w skład ich wchodzące, przekazałyby im całkowicie wykonywanie lecznictwa z zakresu gruźlicy.

Jedyną przeszkodą do natychmiastowej realizacji tego sposobu jest brak odpowiedniej ustawy, a wydanie jej pociągnęłoby za sobą znaczną stratę czasu.

Na tej drodze powstałe w Niemczech Związki celowe do zwalczania gruźlicy rozwijają się bardzo pomyślnie, są sprężyste administracyjnie i mocne finansowo.

II. Drugim sposobem byłoby oparcie się na istniejącem rozporządzeniu Pana Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22-go marca 1928 r. Dz. Ustaw Nr. 39/28 „O związkach Międzykomunalnych", które to rozporządzenie w § 46 przewiduje możność przystąpienia do takich związków i innych instytucyj prawa publicznego.

III. Trzeci wreszcie sposób polegałby na wyzyskaniu normalnych przepisów prawa cywilnego i tworzeniu drogą umów dobrowolnych odpowiednich związków celowych, mających zapewnione poparcie Władz Nadzorczych, t. j. Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej oraz Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (po uprzedniem opracowaniu statutu ramowego takich związków). O możliwości tego sposobu świadczy powstanie w Łodzi „Rady Naczelnej Walki z Gruźlicą", które tworzą: Magistrat, Kasa Chorych i Robotnicze Towarzystwo Przyjaciół Dzieci.

Rozwiązanie zagadnienia współpracy w akcji przeciwgruźliczej i rozbudowy urządzeń leczniczych w ten lub inny sposób jest rzeczą naglącą i musi być dokonane w najkrótszym czasie [1]).

Dr M. Grodecki

---

1) Za zezwoleniem autora przedruk z „Gruźlicy" nr. 6, tom IV.

Współpraca Poradni Przeciwgruźliczej
z zakładami pomocniczemi
ze specjalnem uwzględnieniem gruźlicy otwartej

Według referatu, wygłoszonego na zebraniu lekarzy i higjenistek społecznych przy Klinice Chorób Dziecięcych U. P. dnia 12 kwietnia 1929 r.

Straty z powodu gruźlicy w Polsce są ogromne. Rocznie umiera na tę chorobę około 50.000 ludzi, choruje około pół miljona. Według zestawienia Prof. Janiszewskiego z roku 1927 straciliśmy w ciągu dziewięcioletniego istnienia Państwa Polskiego przeszło pół miljona ludzi z powodu gruźlicy, tyle zatem, ile zabrała nam wojna światowa. Ze względu na brak u nas ustawy o zwalczaniu gruźlicy, statystyki nasze chromają pod rozmaitemi względami. W województwie lwowskiem, które na długo przed wojną wszczęło nowoczesną akcję przeciwgruźliczą, tworząc pierwszą w Polsce poradnię, stwierdzono śmiertelność z powodu gruźlicy w 1910 r. na 10.000 ludności 31.4%, w roku 1926 na 10.000 27%, czyli śmiertelność zmalała nieznacznie. Pomijam fakt, że wogóle jest ona u nas większa niż w większości państw europejskich. Grozę tej klęski społecznej powiększa niski dobrobyt i nędza mieszkaniowa w naszym kraju. Wiadomo bowiem, że odsetek zachorowań na gruźlicę zmniejsza się równomiernie ze wzrostem zamożności i poprawą warunków mieszkaniowych. Warszawska Poradnia Przeciwgruźlicza w sprawozdaniu obejmującem 8 i pół lat jej istnienia stwierdza, że 50% jej chorych z gruźlicą otwartą zajmuje mieszkania jednoizbowe, dzielone z mniejszą lub większą liczbą osób, dochodzącą nieraz do 14. Takiż sam odsetek nie ma własnego łóżka. Wiadomo dalej, że w Warszawie 38% gruźlików umiera w szpitalach, reszta, t. j. 62% — w mieszkaniach prywatnych, zakażając otoczenie. Przyczyną tego — brak łóżek szpitalnych w odpowiedniej ilości, brak świadczeń, brak ustawy, brak uświadomienia.

Po odkryciu prątka gruźliczego przez Kocha, umysły badaczy kierowały się wyłącznie ku l e c z e n i u gruźlicy. Nie umiano wówczas spojrzeć na gruźlicę, jako na chorobę społeczną, traktowano ją wyłącznie z punktu widzenia kliniki i bakterjologji. Z początkiem obecnego stulecia wybił się na naczelne stanowisko w ruchu przeciwgruźliczym wprowadzony przez Niemców r u c h s a n a t o r y j n y, który przyczynił się w wysokim stopniu do poznania przebiegu gruźlicy, do jej leczenia, lecz zawiódł nadzieje co do zwalczania śmiertelności. Pod względem zaś ekonomicznym akcja sanatoryjna, niesłychanie droga, nie opłacała się. Zachodzi bowiem niewspółmierność między wydatkami łożonemi na ten cel, a otrzymanemi wynikami. W Niemczech, gdzie ruch ten rozwinął się najwspanialej, istniało w roku 1924 około 40.000 łóżek dla dorosłych i dzieci. Licząc na leczenie okres 3 miesięczny — całkiem zresztą nieuzasadniony, jednak powszechnie przyjęty — sanatorja niemieckie mogą w ciągu roku pomieścić 160.000 chorych, a przecież w Niemczech jest około 1 miljona potrzebujących leczenia. To znaczy, zaledwie mały odsetek może być umieszczony, a jeszcze mniejszy — wyleczony w sanatorjach. Te żelazne cyfry statystyki przyniosły dopiero pewne otrzeźwienie w pojęciach o zwalczaniu gruźlicy i stworzyły podwalinę do innego sposobu walki, którego kamieniem węgielnym jest p o r a d n i a p r z e c i w g r u ź l i c z a. W tym syste-

mie leczenie chorego schodzi na plan drugi, na pierwszy wysuwa się walka z gruźlicą w rodzinie i otoczeniu chorego.

Ruch poradniany we Francji, zapoczątkowany przez Calmette'a, niezwykle rozwinął się i spopularyzował w tym kraju. Nie Francuzom jednak należy się palma pierwszeństwa w stworzeniu tego systemu walki z gruźlicą. Pierwszą poradnię przeciwgruźliczą założył już w roku 1887 Sir Robert Philip w Edynburgu, a w roku 1898 ogłosił on swój słynny system edynburski, polegający na zespoleniu następujących instytucyj: 1) poradni, 2) sanatorjum dla wczesnych postaci gruźlicy, 3) kolonij rolnych dla ozdrowieńców, 4) szpitali dla ciężko chorych, 5) różnych instytucyj społecznych pomocniczych (dożywianie, kolonje itp.).

Ten system starają się wprowadzić wszystkie państwa w rozmiarach zastosowanych do ich kultury społecznej i — co bardzo ważne — ich siły finansowej. Dwie były idee kierujące niezwykle praktycznym umysłem Philipa: 1) jeżeli będziemy wyczekiwali aż chory z gruźlicą sam do nas przyjdzie, akcja nasza rozpocznie się zapóźno; należy zatem wyjść mu naprzeciw i odszukać chorego już na początku jego choroby, wtedy i szanse wyzdrowienia są większe i niebezpieczeństwo infekcji otoczenia mniejsze; 2) znalazłszy chorego, należy zaopiekować się nim i jego rodziną nietylko pod względem lekarskim, ale przedewszystkiem pod względem społecznym.

Działalność poradni zależy od licznych czynników zewnętrznych, od poziomu sil lekarzy i higjenistek. Słusznie mówi jeden z przywódców ruchu przeciwgruźliczego, że higjenistka jest w poradni osią, dokoła której wszystko się kręci. Od jej umiejętności, taktu, a przedewszystkiem — serca, w dużym stopniu zależeć będzie zaufanie do poradni. Rist utrzymuje, że w walce z gruźlicą, obok epokowej daty stwierdzenia zaraźliwości choroby, drugą, równie ważną, jest stworzenie zawodu higjenistek-wywiadowczyń.

Akcja poradni przeciwgruźliczej najlepiej urządzonej i prowadzonej, będzie jednak bezowocna, jeżeli sprowadzać się będzie tylko do wyszukiwania chorych, udzielania wskazówek, a nawet pomocy materjalnej. Musi istnieć ścisła łączność ze szpitalami, sanatorjami i innemi zakładami pomocniczemi, jak to przewidział R. Philip. Lekarz poradni winien dawać dokładne wskazania co do umieszczenia chorego w tym czy innym zakładzie.

Najważniejszą — w znaczeniu społecznem — jest sprawa izolacji choryh z gruźlicą otwartą. Dla tych chorych powinny istnieć specjalnie urządzone oddziały gruźlicze, osobne, czy przy szpitalach. Urządzenie tych oddziałów powinno być takie, by nie musiały nosić nazwy domów przedśmiertnych (Seuchenhäuser), od których chory stroni. Czysty, pogodny wygląd, opieka lekarza specjalisty, doskonała pielęgniarka rozumiejąca psychikę tych chorych, ułatwianie odwiedzin rodzinie, nowoczesne metody badania i leczenia — oto konieczne zalety takich zakładów. Zdarza się w dobrze postawionych zakładach izolacyjnych, że chory, wstępując do nich w stanie prawie beznadziejnym, opuszcza je znacznie podleczony, bez prątków w plwocinie, a dalsze leczenie odbywa się już w sanatorjach, lub ambulatorjach czy poradniach.

W Stanie New York zasłużony dla spraw higjeny Biggs, przeprowadził ustawę, nakładającą na każdy obwód Stanu obowiązek wybudowania szpitala dla tylu chorych gruźliczych, ilu ich umiera rocznie w danym obwodzie. Podobnie w Anglji ilość łóżek szpitalnych dla gruźlików pokrywa

całkowicie zapotrzebowanie, a w Danji nawet je przewyższa. Niedługo czekano na wyniki tej konsekwentnej akcji izolacyjnej. W krajach tych śmiertelność z powodu gruźlicy maleje z roku na rok, a jeżeli w tem samem tempie będzie obniżać się dalej, to w stanie New York w 1935 roku, w Danji w roku 1940 gruźlica przestanie istnieć, jako choroba społeczna.

Najmniejszą śmiertelność z powodu gruźlicy ma Danja (9:10.000 mieszkańców), która na 3 miljony mieszkańców ma 3 i pół tysiąca łóżek dla gruźlików. Naturalnie na stan ten wpływa dobrobyt kraju i fundusze łożone na ten cel przez państwo. Obecnie w Danji szpitale gruźlicze służą już częściowo innym celom, ponieważ niema kim ich wypełnić, a także fundusze państwowe przeznaczone na akcję przeciwgruźliczą, mogą być przelane na walkę z innemi klęskami społecznemi.

Niezmiernie ciekawa jest statystyka śmiertelności z powodu gruźlicy dzieci w Stanie New York. Krzywa śmiertelności, spadając, ma kilka zazębień, przyczem gwałtowniejszy spadek śmiertelności odpowiada budowie nowego szpitala. I tak np. zmalała znacznie liczba przypadków zapalenia gruźliczego opon mózgowych po 1913 roku, w związku z wystawieniem olbrzymiego szpitala na 770 łóżek.

Ze względu na to, że odsunięcie chorego prątkującego od środowiska rodzinnego często natrafia na opór, próbowano — zagranicą — sprawę izolacji rozwinąć jeszcze inaczej, tworząc i n s t y t u c j e d l a u m i e s z c z a n i a c h o r e g o z r o d z i n ą, ale w tak idealnych warunkach higjenicznych, żeby infekcja rodziny była wykluczona. Przykładem tego są t. zw. „logements-sanatoria" w Paryżu, powstałe z inicjatywy Związku higjenistek. Jest to budynek dla chorych z gruźlicą otwartą, obarczonych liczniejszą rodziną. Prątkujący ma własny pokój z wszelkiemi urządzeniami higjenicznemi. Higjenistka mieszkająca w tymże budynku, kontroluje stale, czy chory obserwuje zarządzenia wydane dla zapobiegania infekcji otoczenia. W ciągu 10-letniego istnienia było w „logements" 26-ciu chorych z gruźlicą otwartą, a wraz z nimi 124 członków rodziny, w tem 100 niżej 21 lat. Stwierdzono u współmieszkańców tylko 6 przypadków gruźlicy: 5 bardzo łagodnej, jeden śmiertelny, dotyczący dziecka, którego matka, z powodu zaburzenia psychicznego, nie przestrzegała zasad higjeny tak, jak należało. Podobny system sfinansowało — dla eksperymentu — pewne towarzystwo ubezpieczeń w Ameryce, w mieście Framingham (17.000 mieszkańców), tworząc t. zw. „home-hospital". Roztoczono tam opiekę na gruźlikami, których zostawiano w rodzinach, ale uświadamiano odpowiednio i skupiano w poradniach. Eksperyment udał się doskonale; śmiertelność z powodu gruźlicy spadła w mieście tem dwa razy więcej, niż w innych tej samej wielkości.

W krajach północnych, glównie w Norwegji, tworzone są dla chorych z gruźlicą otwartą — obok szpitali w dużych miastach — po całym kraju schroniska na 12 do 30 łóżek, prowadzone tanim, gospodarskim sposobem. Życie w nich mało się różni od rodzinnego i dlatego chory chętnie tam przebywa.

W Ameryce i w Anglji chorzy, którzy nie godzą się na rozłąkę z rodziną, a przypuszczalnie nigdy już nie odzyskają całkowitej zdolności do pracy, umieszczani są w t. zw. o s i e d l a c h g r u ź l i c z y c h (settlements). Przykładem takiego osiedla jest Papworth, w którym istnieje szpital, dział w p r a w i a n i a d o p r a c y i stałe osiedla. Ciężko

chorzy pozostają w szpitalu, lżej chorzy wprawiają się powoli do pracy im odpowiadającej (nietylko rolnej), przyczem praca jest dokładnie dawkowana. Po upływie mniej więcej pół roku, jeżeli stan ich zdrowia, stale kontrolowany, się poprawia, proponują im osiedlenie w t. zw. „cottage“, t. j. domku złożonym z kilku izb, mogącym pomieścić chorego wraz z rodziną, przyczem — wobec wzorowego urządzenia domku — ryzyko infekcji jest minimalne. Instytucja ta ma wielkie znaczenie ze względu na psychikę chorego, któremu pozostawia się taki skarb, jak możność pracy i zarobkowania, a zapobiega się przytem popadnięciu w nędzę rodziny, o ile chory jest głową domu. W kolonjach tych personel lekarski, pielęgniarski, administracyjny, kierownicy warsztatów pracy to — byli gruźlicy, leczeni i do pracy wdrożeni w kolonji.

Obok tej drogi izolowania prątkujących, jest jeszcze druga, stosowana we Francji, a polegająca na u s u n i ę c i u z o t o c z e n i a g r u ź l i k a o s o b n i k ó w n a j w r a ż l i w s z y c h n a i n f e k c j ę, t. j. d z i e c i. Wspomnę tu tylko o t. zw. „Oeuvre Grancher“ dla dzieci od 3—10 lat i o „Oeuvre de placement des tout-petits“ dla niemowląt. Mimo doskonałych wprost wyników tej akcji ma ona z natury rzeczy swe ograniczenia i nigdy nie obejmie wszystkich dzieci narażonych na kontakt z gruźlicą otwartą, a przedewszystkiem opiera się na złem założeniu psychologicznem. Oddając dziecko w obce ręce, pozbawia się je rodziny i własnego domu. Wobec znaczenia dziecka jako łącznika rodziny, system ten kryje w sobie duże niebezpieczeństwo społeczno-etyczne i dla dziecka i dla rodziny, instytucji i tak już dzisiaj często zachwianej.

Tyle w sprawie gruźlicy otwartej. Dla chorych nie prątkujących, a wymagających leczenia, istnieją s a n a t o r j a. Przypadków bardzo lekkich i bardzo ciężkich nie należy kierować do sanatorjów, szczególnie u nas, gdzie ze względu na szczupłą ilość łóżek sanatoryjnych należy niemi rozporządzać jak najoszczędniej. Obserwacje w sanatorjach niemieckich stwierdzają, że prawie połowa chorych bywa mylnie skierowana do sanatorjum.

W przyszłości należałoby budować sanatorja w Polsce w zdrowych okolicach, niekoniecznie górskich; te ostatnie odstraszają nieraz ze względu na koszta przejazdu, na odległość od rodziny, trudności w odwiedzaniu itp. Pobytu w sanatorjach nie można ograniczać do pewnego schematycznego okresu czasu, a u z a l e ż n i a ć g o w y ł ą c z n i e o d s t a n u z d r o w i a c h o r e g o.

Naturalnie powinny być sanatorja osobne dla dzieci z gruźlicą czynną wewnętrzną, osobne dla przypadków chirurgicznych, osobne dla skórnych, z uwzględnieniem odmiennych właściwości wieku dziecięcego tak fizycznych, jak psychicznych.

Dla dzieci z lekkiemi postaciami gruźlicy Francuzi stworzyli tak zwane p r e w e n t o r j a, zakłady położone w świetnych warunkach klimatycznych, będące stale pod nadzorem lekarza, który reguluje pracę dzieci, sporty, naukę. U nas brak takich zakładów, najwięcej jeszcze odpowiadają im nasze kolonje sanitarne, ale czas pobytu w kolonjach jest za krótki i przeważnie brak w nich stałego dozoru lekarskiego.

Ze względu na krzyczący brak sanatorjów dla dzieci i prewentorjów, należałoby — zanim zdobędziemy się na stworzenie ich — urządzać pewne prowizorja w postaci choćby leżalni dla dzieci gruźliczych, gdzieby dzieci przebywały po parę godzin i równocześnie były dożywiane.

Brak też u nas szkół leśnych, poza zdaje się jedną tylko pod Warszawą, a szkoły takie wybitną odgrywają rolę w podniesieniu zdrowotności dzieci ze środowisk gruźliczych, dzieci wątłych, źle odżywionych.

Dobrze natomiast rozwija się u nas sprawa półkolonij, które nie zastępują wprawdzie kolonij, ale mają tę zaletę, że są tanie i dlatego dostępne dla wielkiej ilości dzieci, dając im możność spędzenia choć pół dnia na wolnem powietrzu. Dożywianie dzieci na półkolonjach i w szkołach jest także dobrą bronią w walce z gruźlicą.

Dr Marja Krotoska

Ochrona dziecka przed gruźlicą

Zapobieganie gruźlicy wieku dziecięcego stanowi dziś osobny już dział zagadnienia walki z gruźlicą, który jakkolwiek łączy się z całością sprawy, musi być traktowany i rozpatrywany w pewnym stopniu oddzielnie. Konieczność ta wynika zarówno z tego, że powstawanie gruźlicy u dzieci jest inne, niż u dorosłych, jak też i ze względu na inne, znacznie groźniejsze skutki, jakie zakażenie gruźlicą wywołuje w organizmach młodych, szczególnie w pierwszych latach ich życia.



Obiad w Sanatorjum dziennem w Ośrodku Zdrowia na Amelinie w Warszawie

Doniosłość zagadnienia ochrony dziecka przed zakażeniem stanie się zrozumiałą, jeśli weźmiemy pod uwagę fakt już obecnie naukowo ustalony, że gruźlica nie jest chorobą dziedziczną, że dziecko matki gruźliczej rodzi się zdrowe, bez zadatków tej choroby i że od warunków, w jakich się znajduje po urodzeniu, t. j. od tego, czy narażone zostaje na zakażenie w początkach swego życia, czy też później, zależą dalsze jego losy.

Naogół wiadomo, że w wielkich miastach, przy dużem skupieniu ludności, prawie wszyscy dorośli są zakażeni gruźlicą (sprawdzian, jakim jest odczyn tuberkuliny, wypada w 97% dodatnio), z którą mieli nie-

jednokrotnie sposobność się zetknąć; jednakowoż w stosunku do zakażenia mały odsetek choruje i umiera z powodu gruźlicy.

Inaczej przedstawia się stosunek zakażenia do choroby i śmierci z powodu gruźlicy w wieku dziecięcym: dla niemowląt w I-szym roku życia zakażenie jest równoznaczne z chorobą, a w pierwszych 2 kwartałach zachorowanie na gruźlicę powoduje prawie zawsze śmierć dziecka. W późniejszych latach, w miarę rozwoju odporności dziecka, zmniejsza się niebezpieczeństwo związane z zakażeniem, które nie przestaje być groźne, lecz skutki jego dają się łatwiej przez odpowiednie postępowanie opanować i gruźlica, w porę leczona, rzadziej doprowadza do katastrofy.

Zadaniem więc walki z gruźlicą w wieku dziecięcym jest przedewszystkiem: 1) ochrona dziecka w najmłodszych latach przed zakażeniem i odsunięcie chwili zetknięcia się organizmu dziecięcego z zarazkiem do lat późniejszych; 2) przeciwdziałanie zakażeniom masowym i stale powtarzającym się; 3) opieka nad dziećmi wcześnie zakażonemi i niedopuszczanie do rozwoju zakażenia w stan choroby; 4) leczenie dzieci chorych.

Dla przykładu przytoczę tu tylko jedno z wiele mówiących zestawień statystycznych (Pollaka):

z 207	dzieci	zakażonych	w 1	r.	życia zachorowało	200 = 96,6%
z 38	„	„	w 2	r.	„ „	31 = 80%
z 40	„	„	w 3—4	r.	„ „	20 = 50%
z 20	„	„	w 5—6	r.	„ „	1 = 5%
„ 18	„	„	w 7—10	r.	„ „	0 = 0%

Poza tem należy pamiętać o tem, że ze względu na następstwa jest rzeczą niezmiernie ważną, czy dziecko uległo jedynie zakażeniu jednorazowemu (przypadkowe zetknięcie się z chorym), czy też podlega ciągłym dodatkowym zakażeniom, przez stałe obcowanie z chorymi, jak to ma miejsce w rodzinach, gdzie matka lub ojciec jest źródłem zakażenia. Z zakażeniem lekkiem, jednorazowem, organizm często potrafi sobie poradzić, natomiast przez zakażenia masowe lub często powtarzające się, których siła chorobotwórcza przewyższa jego odporność, zostaje pokonany.

Przyjrzyjmy się, jakiemi metodami posługiwać się może medycyna społeczna, chcąc spełnić pierwsze wymienione zadanie. Oczywiście pierwszą myślą, jaka się tu nasuwa, jest oddalenie chorej osoby z domu na czas choroby. Jednakowoż uskutecznić to można jedynie w wyjątkowo sprzyjających warunkach; naogół jest to ze względów materjalnych niemożliwe, ponieważ gruźlica jest chorobą przewlekłą, wymaga więc długotrwałego pobytu chorego w szpitalu lub sanatorjum, powtóre jeśli chodzi o chorych rodziców, zabranie ich z domu pozbawia dzieci niezbędnej opieki.

Wielki lekarz i społecznik, prof. Grancher, słusznie rozwiązuje ten problem, mówiąc: „jeśli w ciasnem mieszkaniu zapadnie na gruźlicę ojciec lub matka, zakażenie dziecka staje się nieuniknione, dlatego myślę, że najlepszym sposobem zwalczania gruźlicy jest odbieranie jej zdobyczy". („Quand la tuberculose sévit dans un étroit logis et frappe le père ou la mère, la contagion des enfants est presque fatale, et j'ai pensé que le meilleur moyen de lutter contre la tuberculose était de lui enlever la proie").

Z tej myśli wprowadzonej w czyn powstała we Francji w 1903 roku wielka instytucja znana obecnie w całym świecie pod nazwą: „Oeuvre

Grancher". Zadaniem jej jest zabieranie dzieci z rodzin gruźliczych i umieszczanie ich w rodzinach wiejskich, w których dziecko może znaleźć dobre warunki higjeniczne, moralne i materjalne oraz opiekę lekarską. Umieszczane są dzieci w wieku od 3 — 13 lat, u których dokładne badanie nie stwierdza żadnych zmian chorobowych i trwa zasadniczo dopóty, dopóki warunki rodzinne tego wymagają, t. j. aż zakażenie w rodzinie przestanie dziecku grozić, a więc często do czasu wyleczenia chorego członka rodziny lub jego śmierci. W czasie pobytu na wsi dzieci uczęszczają do szkoły i prowadzą życie takie, jak ich rówieśnicy, wieśniacy, co wywiera na nich nadzwyczajny wpływ, zarówno pod względem fizycznym, jak i moralnym. Zakładając tę instytucję, Grancher spodziewał się właśnie osiągnąć rezultaty korzystne zarówno pod względem leczniczym, jak społecznym; a więc usunąć wszelkie przyczyny powodujące gruźlicę: zakażenie rodzinne i fatalne warunki higjeniczne w sferach proletarjatu, oraz wywrzeć dodatni wpływ psychiczny na dzieci, zastępując zabójcze warunki życia wielkomiejskiego dobremi warunkami życia w środowisku wiejskiem. Dwadzieścia kilka lat istnienia „Oeuvre Grancher", które w tym czasie rozwinęło się nadzwyczajnie i objęło prawie wszystkie departamenty Francji, wykazało, że jego twórca osiągnął zamierzone rezultaty. Na 2500 dzieci będących pod opieką Towarzystwa, zachorowało jedynie siedmioro na gruźlicę, t. j. poniżej 0,3%, z tego zmarło 20, t. j. 1%. W stosunku więc do zachorowań na gruźlicę oraz śmiertelności dzieci, pozostawionych w rodzinach gruźliczych, są to cyfry minimalne. Według Armand Delille, z dzieci żyjących w środowisku gruźliczem zachorowuje 60%, a z tych umiera 2—3%.

Działalność tej instytucji, która początkowo zajmowała się jedynie dziećmi od lat 3, rozszerzono od 1919 r., roztaczając opiekę również i na niemowlęta. W tym celu stworzono tak zwane ośrodki wychowania dla najmłodszych (centre d'élévage, l'oeuvre du placement familial des tout-petits). Akcja ta polega na oddzielaniu dziecka matki gruźliczej zaraz po urodzeniu i następnie na umieszczaniu go w rodzinie zdrowej wiejskiej. Ze względu na wiek niemowlęcy, który wymaga specjalnej wykwalifikowanej opieki, w ośrodkach wychowania znajduje się stacja opieki nad dzieckiem z lekarzem i pielęgniarką, którzy czuwają nad rozwojem dziecka, właściwem pielęgnowaniem etc. Wyniki działalności tych ośrodków wychowania są bardzo przekonywujące, gdyż, jak sprawozdanie podaje, śmiertelność ogólna wśród niemowląt będących pod ich opieką wyniosła około 60%, gdy w tym samym czasie w rodzinach gruźliczych dochodzi do 90%.

Jak widać ze sprawozdań „Oeuvre Grancher", ta metoda ochrony dziecka przed gruźlicą daje niewątpliwie przekonywujące co do swej skuteczności wyniki. Niestety jednak nie wszędzie i nie na każdym terenie dałoby się ją przeprowadzić na tak szeroką skalę jak we Francji. Staje bowiem na przeszkodzie niejednokrotnie zarówno niski poziom kulturalny mieszkańców wsi, jak też brak wśród szerokich mas zaufania do instytucyj społeczno-lekarskich. Te czynniki głównie nie pozwoliły dotychczas i w Polsce na zorganizowanie podobnej akcji, przypuszczać jednak należy, że i u nas wzorowo na mniejszą skalę zorganizowana akcja z przystoso-

waniem do miejscowych warunków, mogłaby z czasem zdobyć zaufanie i stać się ogromną pomocą w walce z gruźlicą dziecięcą.

W warunkach istniejących u nas, gdzie nie mamy prawie nigdy możności usunięcia dziecka ze środowiska zakaźnego (szczególnie w warstwie proletarjackiej), ten piękny zakres pracy i odpowiedzialności objęły poradnie przeciwgruźlicze, a w nich przedewszystkiem — pielęgniarki, których zadaniem jest pouczanie rodzin gruźliczych o sposobach zapobiegania zakażeniu dziecka. Jakkolwiek profilaktyka stosowana w fatalnych warunkach mieszkaniowych proletarjatu jest niejednokrotnie niezmiernie trudna, to jednak przy usilnych staraniach i szkoleniu chorych w tym kierunku, można osiągnąć pokaźne rezultaty. Wiadomo ze statystyk, że śmiertelność z gruźlicy wśród dzieci rodzin, należących do poradni jest znacznie mniejsza, niż wśród rodzin nie podlegających opiece. Według danych francuskich śmiertelność dzieci w rodzinach, będących pod opieką poradni, wynosi około 25%, zaś w rodzinach bez opieki 70—80%.

Od wielu dziesiątków lat poszukuje nauka środków, któremi udałoby się uodpornić organizm dziecięcy skutecznie przeciwko zakażeniu gruźlicą i obronić przed zachorowaniem. Do niedawna jednak wszelkie wysiłki w tym kierunku zawodziły, nie dając pożądanych rezultatów. W ostatnich jednak latach słynny uczony francuski prof. Calmette ogłosił nową metodę uodporniania noworodków przeciwko gruźlicy zapomocą szczepionki podawanej doustnie, znanej obecnie pod nazwą szczepionki B. C. G. Omówienie szczegółowe powyższej metody zapobiegawczej, ze względu na rozległość tematu, wykracza poza ramy niniejszego artykułu. Wyniki uodporniania tą metodą, która jest jeszcze w okresie badań naukowych, są naogół bardzo zachęcające i przypuszczalnie stanie się ona cennym środkiem pomocniczym w walce z gruźlicą niemowląt.

Jeśli dziecko ulegnie zakażeniu gruźlicą, lecz nie ma jeszcze objawów choroby wymagających specjalnego leczenia, niezbędnem jest otoczenie go opieką i przeciwdziałanie powstaniu choroby. Oczywiście, najważniejszem zadaniem jest w tych wypadkach dostarczenie dziecku jak najlepszych warunków higjenicznych, a więc: odpowiedniego odżywiania, powietrza i słońca — warunków, które, wzmacniając organizm, pozwolą mu na zwalczanie zakażenia. W warunkach życia wielkomiejskiego, szczególnie wśród warstw niezamożnych, tych niezbędnych czynników dla zdrowia najwięcej dzieciom brak. Dostarczyć ich w pewnym stopniu mogą, przynajmniej okresowo, kolonje i półkolonje letnie, oraz t. zw. szkoły na otwartem powietrzu. O kolonjach i półkolonjach, jako o instytucjach u nas bardzo rozpowszechnionych i znanych, mówić nie potrzebuję; dodatni wpływ ich na zdrowie dzieci jest niewątpliwy i choć ograniczają się tylko do kilku tygodni wakacyjnych, są jednak dużą pomocą dla organizmu dziecięcego, zmuszonego rok cały do życia w złych warunkach higjenicznych.

Znacznie skuteczniejszym czynnikiem wzmożenia organizmu dzieci zakażonych są szkoły na otwartem powietrzu. Położone poza miastem w dobrych warunkach klimatycznych, przeznaczone są dla dzieci z rodzin gruźliczych, lub dzieci zakażonych, lecz nie wykazujących objawów chorobowych. Dzieci przebywające w takich zakładach unikają ujemnych dla zdrowia wpływów, jakie posiada niewątpliwie szkoła w mieście, przepeł-

niona, z wielogodzinną nauką i brakami w wychowaniu fizycznem. Istnieją 2 zasadnicze typy szkół na powietrzu: jeden połączony z internatem, oraz drugi przyjmujący dzieci tylko na pobyt dzienny. Szkoły I-go typu, jakkolwiek nieliczne, są już w Polsce i ze względów na dodatni ich wpływ istnieje tendencja do tworzenia ich możliwie najwięcej.

Oddzielnym rodzajem instytucyj, zbliżonych już raczej do sanatorjów i wkraczających w dziedzinę lecznictwa, są t. zw. prewentorja, w których umieszczane są dzieci bądź to z łagodnemi postaciami gruźlicy, bądź dzieci wątłe, źle rozwinięte fizycznie, a zakażone, u których istnieje obawa, iż mogą ulec schorzeniom gruźliczym. Zadanie tych instytucyj wychodzi już częściowo poza samo zapobieganie, a wkracza w dziedzinę lecznictwa gruźlicy, o którem w tym artykule mówić nie będziemy.



Poczekalnia przeciwgruźlicza w Ośrodku Zdrowia na Amelinie. Warszawa

Wymienione powyżej, najbardziej zasadnicze metody społecznej walki z gruźlicą dziecięcą, przeprowadzone konsekwentnie i na szeroką skalę, dają nadzwyczajne wyniki. Nie do pomyślenia już jest obecnie akcja przeciwgruźlicza, któraby nie uwzględniała w pierwszym rzędzie ochrony dziecka przed gruźlicą, a najlepsze wyniki daje ona w tych krajach, w których walkę z gruźlicą dziecięcą wysunięto jako jej postulat najważniejszy. Wprowadzenie na szeroką skalę instytucyj niezbędnych dla skutecznej ochrony dziecka przed gruźlicą zależy niewątpliwie od warunków ekonomicznych danego kraju, jednakowoż niektóre z wymienionych metod mogłyby być wprowadzone w życie i w naszych warunkach przy odpowiedniem uświadomieniu społeczeństwa o ich konieczności i o korzyściach, jakie w przyszłości dać mogą ogółowi.

Dr A. Wierzbowska

Kilka uwag o współpracy Poradni Przeciwgruźliczej z Lecznicą

Z Lwowskiej Poradni i Przychodni Towarzystwa Walki z Gruźlicą
Kierownik: Dr Lesław Węgrzynowski

Lwowska Poradnia Przeciwgruźlicza, jakkolwiek walczy z wielkiemi trudnościami, jest jednakże pod pewnemi względami lepiej uposażona od innych. Nie wiele jest bowiem w Polsce poradni, któreby były w łączności z lecznicą lub szpitalem, a do tych niewielu należy właśnie poradnia lwowska. Związek lecznicy z poradnią jest bardzo ważnym atutem w działalności tej ostatniej, a także po części i lecznicy. Chory, który już dawniej był obserwowany przez poradnię, wychodzi z jej opieki na przeciąg kilku lub więcej miesięcy, jeśli, jak się zdarza, wyjedzie do obcej lecznicy. I chory, umieszczony w lecznicy, pozostającej w łączności z poradnią, przestaje być pod bezpośrednim wpływem poradni, lecz poradniarka *) może zasięgać rozmaitych informacyj tyczących się jego osoby, a po skończeniu leczenia, lekarz może jej udzielić czasami bardzo cennych wskazówek na podstawie obserwacji w lecznicy co do dalszego zajęcia się chorym. W poradni lwowskiej odbywają się co tydzień zebrania, w których bierze udział personal lekarski i pielęgniarski, tak lecznicy, jak i przychodni i wówczas następuje wymiana uwag, dotyczących danego chorego. Pielęgniarka zdrowia publicznego z przychodni zdaje sprawę o chorym pielęgniarce lecznicy i wspólnie z lekarzami ustala system postępowania. W ten sposób chory nie jest kimś obcym, w lecznicy już go znają, orjentują się we właściwościach jego charakteru, przez co lepiej może postępować akcja wychowawcza.

Czasem instytucja ubezpieczenia społecznego, jak Kasa Chorych, cofa choremu pozwolenie dalszego pobytu w lecznicy. Lekarz jednak uważa, że chory potrzebuje jeszcze dalszego leczenia. Zwraca wtedy na to uwagę lekarza poradni i poradniarki, której obowiązkiem jest przypilnować chorego, aby w jak najszybszem tempie poczynił starania, celem rychłego powrotu do lecznicy, aby przerwa między jednem leczeniem, a drugiem była jak najmniejszą i nie wstrzymywała procesu podleczenia, a może nawet i wyleczenia.

Naszem ważnem zadaniem jest wybór chorych do lecznicy. Bezwzględnie pierwsze słowo ma lekarz, ale i poradniarka powinna zabrać głos w tej sprawie, przekładając lekarzowi, że np. raczej należałoby skierować chorego A, jakkolwiek lżej chorego od B, gdyż B. ma jasne, suche i duże mieszkanie i możliwe warunki bytu, podczas gdy mieszkanie A. jest niehigjeniczne, przytem A. jest ojcem rodziny i zaraża otoczenie. Tu interwencja pielęgniarki zdrowia publicznego jest bardzo ważna i cenna.

Zdarza się, iż poradniarka trafia na pacjentów bardzo opornych i mimo odwiedzin i pouczeń nie jest w stanie wychować ich w myśl zasad higjeny, t. j. wpoić w nich przeświadczenie o zaraźliwości choroby, nauczyć ich obchodzić się z plwociną i t. d. Wtedy chwyta się ostatniego środka:

---

*) Poradniarka, t. j. pielęgniarka, pracująca w poradni. Ob. art. dra L. Węgrzynowskiego, „Pielęgniarka Polska“, nr. 3, 1930. *(Przyp. Red.)*

wskazuje lekarzowi konieczność przyjęcia takiego chorego do lecznicy, jakby do szkoły, w której wyuczą go wszystkich przepisów, których nie chce w domu przestrzegać. Wówczas poradniarka musi przestrzec pielęgniarkę lecznicy, aby zwracała na tego chorego specjalną uwagę, jak na niesfornego wychowanka.

Wreszcie ostatnie, może najtrudniejsze zadanie. Nie wszyscy chorzy wyjeżdżają z lecznicy podleczeni. Pewien procent opuszcza ją w stanie ciężkim, beznadziejnym. Nie każdy może sobie pozwolić na szpital, lekarza, lub pielęgniarkę prywatną. I wtedy, jako ostatnia przystań, zostaje poradniarka. Jej zadaniem jest kontynuować pracę lecznicy, podczas wywiadów musi ona dodawać choremu otuchy i wpływać nań uspokajająco, aby podtrzymać gasnącą wiarę w wyzdrowienie. Ułatwia tu pracę to, że chory gruźliczy chętnie wierzy w słowa pocieszenia i tylko czeka na zaprzeczenie pesymistycznym dowodzeniom.



Zapisywanie chorej w Ośrodku Zdrowia na Amelinie. Warszawa

Tak więc podając sobie chorego z ręki do ręki, poradnia — lecznicy, a lecznica — znowu poradni, uzyskujemy ciągłość opieki. Obie te instytucje pozostające pod tem samem kierownictwem, wykonują robotę celowo, z korzyścią dla chorych i społeczeństwa. Aby jednak praca ta szła sprawnie, musi być uwzględniony jeszcze jeden warunek, a jest nim równy wysoki poziom inteligencji pielęgniarek, pracujących i w poradni i w lecznicy, fachowe wykształcenie i zamiłowanie do pracy społecznej. Nie może prowadzić tej akcji pielęgniarka, którą poza podaniem lekarstw, zmierzeniem gorączki, chory nic nie obchodzi. Jeśli życie chorego poza lecznicą nie wzbudza w niej zainteresowania, nie może być mowy o tej harmonji, a praca lecznicy i poradni idzie luzem. Współpraca więc poradni i lecznicy musi się zasadzać na jednolitem kierownictwie i ciągłości opieki pielęgniarskiej, wykonywanej przez fachowe siły, świadome doniosłości swego posłannictwa społecznego.

Dr Marja Krasowska

I-sza asystentka Lwowskiej Poradni i Przychodni przeciwgruźliczej

Pielęgniarka w propagandzie przeciwgruźliczej

Trudno jest w kilku wierszach omówić znaczenie pielęgniarki, jako propagatorki zwalczania gruźlicy; należałoby również powiedzieć kilka słów o samej propagandzie. Nadewszystko należałoby zrobić propagandę samej pielęgniarki. Francuzi zaczęli od spopularyzowania higjenistki-wywiadowczyni (pielęgniarki społecznej), amerykanie jedną ze swoich kampanij „znaczka przeciwgruźliczego" poświęcili na rozpowszechnienie idei pielęgniarstwa społecznego. Dość spojrzeć na pociągające, a niektóre nawet artystyczne plakaty i ilustracje, poświęcone pielęgniarstwu, czyto będzie wielki afisz, przedstawiający pielęgniarkę z tarczą, którą zasłania dziecko przed gruźlicą, czy ładny plakat witrażowy (francuski) z napisem „wysłanniczka zdrowia w prewentorjum, na wsi, przy łóżku chorego, w domu, w szpitalu, przy łóżeczku dziecka, w poradni szkolnej" czy miły obraz — wnętrze, na pierwszym planie chory widocznie, chłopczyk, dalej zatroskana matka, a wszystko rozjaśnia biała postać pielęgniarki i wymowny napis: „higjenistka-wywiadowczyni wypędza chorobę i przynosi zdrowie". Wiemy z jakim trudem nasze pielęgniarki muszą nieraz zdobywać sobie zaufanie ludności i tak zwaną popularność w swoim okręgu; wiemy, jak wspólnie z lekarzem muszą robić propagandę poradni, której znaczenia ludność nie rozumie, najlepszą propagandą staje się wtedy wykazanie użyteczności danej placówki.

Jest to pierwszy warunek skutecznej propagandy — „dobra służba".

Potrzeby samej propagandy niema poco uzasadniać, wiemy, że dla postępu w jakiejkolwiek dziedzinie organizacji potrzebne jest jak najszersze uświadomienie ludności, to samo jest w dziedzinie zdrowia publicznego, a nawet przedewszystkiem w dziedzinie zdrowia, bo dla rozwoju higjeny jest potrzebna przedewszystkiem uświadomiona publiczność — nie wystarczą specjaliści, nie wystarczy rozwój nauki, ani doskonale zorganizowane poradnie, sanatorja czy laboratorja — musi być ludność, która chce i umie zachowywać przepisy higjeny i w ten sposób ustrzeże się od chorób. Jest to szczególnie ważne w chorobach t. zw. społecznych, a szczególnie w gruźlicy. Dlaczego? Dlatego, że gruźlica jest największą, jak dotąd, klęską społeczną z pośród chorób trapiących ludność naszego kraju, a także dlatego, że zwalczanie gruźlicy można zrobić ośrodkiem szerzenia higjeny wogóle i odwrotnie — wszystko, co będzie propaganda higjeny, będzie zwalczaniem gruźlicy, czyto będzie propaganda czystości w mieszkaniu, czy sypiania przy otwartem oknie, czy utrzymywania w porządku jamy ustnej; z propagandą zwalczania gruźlicy należy iść wszędzie — do domu, do szkoły, do fabryki, na ulicę, do dorosłych, dzieci, do miasta i do zapadłej wsi.

Dla skuteczności propagandy musi pielęgniarka posiadać pewne cechy (jak każdy zresztą propagator) i mieć specjalne przygotowanie. Przedewszystkiem osoba prowadząca propagandę musi być przekonana o słuszności idei, którą szerzy i rozumieć ją. Pielęgiarka, która „sama nie wie, czego chce", która nie ma entuzjazmu do swojej pracy i nie jest sama przekonana o ważności haseł, które szerzy, nie powinna do pracy przystępować. W każdej propagandzie tkwi czynnik rozumowy — chodzi o to, aby publiczność przekonać, ale w znacznej mierze również propaganda

opiera się na sugestji — trzeba umieć pociągnąć i zachęcić. Bez zapalu, bez wiary w swoją sprawę niema siły przekonania.

Powinna również pielęgniarka znać środowisko w którem pracuje i wiedzieć, jak się do niego trafia. Charakter środowiska zależy od tego, w jakiej części kraju znajduje się dana miejscowość, czy jest to wieś, czy miasto, czy osada fabryczna. Trzeba znać również grupę ludzi, z którą się ma do czynienia: innemi metodami należy oddziaływać na dzieci, inaczej na matki, inaczej się mówi do nauczycieli, a inaczej do robotników. Zależnie od składu grupy należy zwrócić uwagę na tę czy inną właściwość psychiki, w pewnych wypadkach może to być instynkt społeczny, lub samozachowawczy, czasem uczucie rodzinne (miłość matki do dziecka i chęć ochrony jego zdrowia). Jednem słowem trzeba się orjentować, jaką strunę należy w człowieku poruszyć, aby pojęcie zdrowia, pojęcie higjeny, zrobić dlań pojęciem bliskiem, realnem i zajmującem.

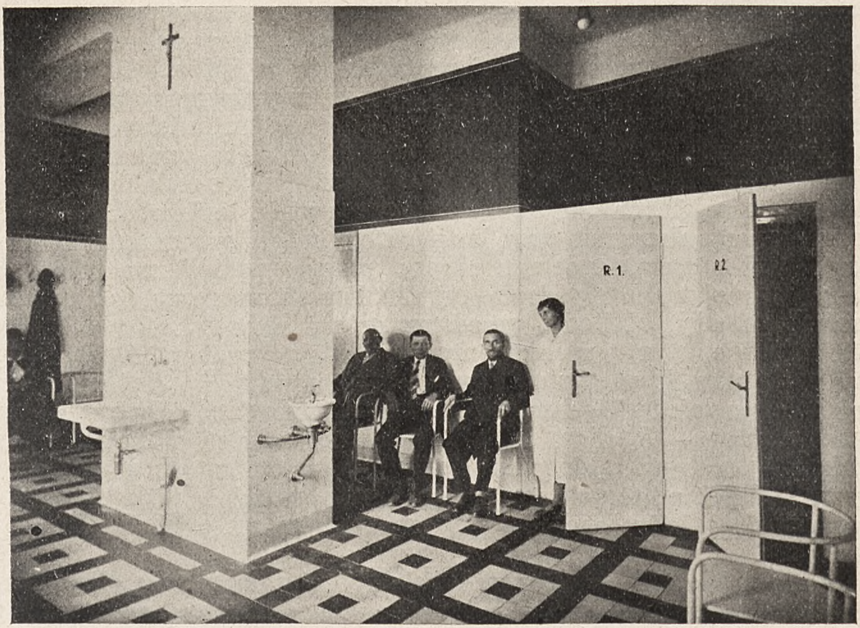
Nikt tak, jak pielęgniarka, nie jest powołany do pracy propagandowej, gdyż ona najbliżej i najdokładniej zna warunki otoczenia, środowisko, charakter pacjentów, ona jest powiernicą ich trosk, umie przemówić do nich ich językiem, najwięcej i najdłużej z nimi przebywa, a przez to najwięcej ma sposobności do prowadzenia pracy uświadamiającej.

Dlatego pielęgniarka powinna się przygotować do działalności propagandowej, to znaczy, jak to już było powiedziane, powinna poznać środowisko, w którem pracuje, zapoznać się z metodami i materjałami propagandowemi i pracować nad wyrobieniem w sobie właściwości niezbędnych dla tego rodzaju akcji. Trudno jest w jednym krótkim artykule podać wskazówki metodyczne. Ograniczę się do kilku podstawowych uwag. Najskuteczniejszą propagandę zdrowotną pielęgniarka prowadzi przy wywiadach domowych, nawiązując do okoliczności; obok tego jest konieczne urządzanie specjalnych „imprez" propagandowych. Najbardziej popularną metodą jest organizowanie pogadanek, które mogą być urozmaicone przeźroczami lub filmem, specjalną uwagę należy zwrócić na dzieci, przez które najłatwiej trafia się do dorosłych. Dla dzieci mogą być urządzane zajmujące zabawy, obchody, przedstawienia i zawody, których tematem będzie zdrowie, a w tem elementy zwalczania gruźlicy. Niezbędny jest udział pielęgniarek w „dniach przeciwgruźliczych" i „dniach zdrowia" danej miejscowości. Wreszcie pielęgniarka powinna dbać o materjały propagandowe — o afisze i ilustracje w poczekalni poradni, o ulotki, pocztówki i broszurki dla rozdawania pacjentom w poradni, wreszcie o pisma i druki, z których sama mogłaby korzystać w podręcznej bibljotece poradni, a które mogłyby jej posłużyć za materjał do pracy propagandowej.

Praca nad otoczeniem wymaga stałej pracy nad sobą. Propaganda, aby była skuteczna, musi być cierpliwa, ciągła, energiczna i zajmująca. Tą właśnie cierpliwość, wytrwałość i energję trzeba w sobie rozwijać. Umiejętność prowadzenia propagandy zajmującej niektóre osoby posiadają wrodzoną, ale tę właściwość można także w sobie wyrobić. Na jednym z kursów pielęgniarskich przeciwgruźliczych, na którym prowadziłam ćwiczenia z zakresu metodyki propagandy, przekonałam się, że niektóre z kandydatek miały wrodzone zdolności propagandowe: pogadanki improwizowane na poczekaniu były doskonale przystosowane do środowiska, w którym miały być wygłoszone i były zajmujące. Takich pielęgniarek było jednak mniej. Więcej było takich, które na te czy inne właściwości

musiałyby zwrócić uwagę, zanim stałyby się dobremi propagatorkami higjeny. Do najważniejszych błędów należało mówienie zbyt wyszukanym językiem — nigdy nie należy mówić „za mądrze"; inne mówiły za długo, inne monotonnie, jakby recytowały lekcję. Są to wszystko błędy łatwe do poprawienia, trudniej jest, gdy się łączą z pewnemi właściwościami charakteru, trudnemi do zwalczenia, np. nieśmiałością, ale i to pokonać można. Gorzej jest, gdy osoba, która chce innym wpoić pewną ideę, sama jej dostatecznie nie opanuje i może nawet szerzyć niesłuszne pojęcia. Trzeba mieć duży zasób wiadomości, dobrze sprawdzonych. Trzeba przytem mieć dużo pomysłowości, smaku estetycznego, zdolności organizacyjnych, trzeba mieć opanowany głos do pogadanek i t. p. Wszystko to jednak można rozwinąć lub uzyskać, o ile się nad sobą pracuje, nie wyłączając zaradności i pogody. Optymizm i pogoda ducha winny cechować pielęgniarkę w całej jej pracy, a szczególnie w jej działalności propagandowej, gdyż w ten sposób przyczyni się do usunięcia pesymizmu i beznadziejności, która otacza samo słowo: „gruźlica", a podniesie chęć i zapał społeczeństwa do zwalczania tej wielkiej klęski, ugruntuje wiarę w możliwość jej zwalczenia, a to już stanowi połowę zwycięstwa.

Dr M. Skokowska-Rudolfowa



Poczekalnia dla dorosłych w Poradni Przeciwgruźliczej w Krakowie, Kopernika 20

Droga do pacjenta

Kto przez pewien czas stale utrzymuje kontakt z pacjentami, dochodzi do przekonania, że wówczas dopiero może stać się prawdziwie im pomocny, gdy zajmie się nietylko fizyczną stroną niedomagań

pacjentów, lecz również i ich psychiką. Przyzna chyba każdy, że gdyby nasza praca i wszelkie wysiłki skierowane były tylko w kierunku pomocy fizycznej, to sucha byłaby to praca i nie dawałaby nam wewnętrznego zadowolenia. Dopiero zdobywanie dusz naszych pacjentów rozpromienia naszą pracę. Tworzymy sobie przyjaciół, w twarzach zasępionych troską wskrzeszając uśmiech zaufania; pierwszy uśmiech zdobytej duszy jest bezcenną nagrodą za nasz trud.

Trud to bezsprzecznie duży, bo chorzy mają rozmaite usposobienia, stoją na różnym poziomie kultury i inteligencji, dlatego też pierwsze nasze kroki zbliżenia się do nich muszą być bardzo oględne i przypominać raczej pełzanie placówek wywiadowczych.

Wolno, krok po kroku, wchodzimy w życie chorego, zapoznajemy się z jego rodziną, z jego trybem życia, z jego przyzwyczajeniami i troskami. Musimy okazać jak największe zainteresowanie, gdy chory opowiada nam o sobie, czy też o swoich najbliższych. Czasami musimy wypytywać o lada szczegóły, jeśli przy wzmiance o czemś zauważymy błysk w oczach chorego, znak, że właśnie to go interesuje.

Mamy może zbyt jednostronne doświadczenie, bo stykamy się przeważnie z chorymi na gruźlicę, lecz doszliśmy do przekonania, że chorzy chętniej mówią o swych troskach, aniżeli o swych radościach. Należy więc umieć martwić się razem z nimi, czasami przyznawać im słuszność, a czasami rozpędzać ich troski. Zależy to już zupełnie od psychiki danego pacjenta.

Gdy chory widzi, że naprawdę z nim współczujemy, że jego troska jest naszą troską, a jego kłopoty naszemi kłopotami, wówczas zaczyna nabierać do nas zaufania. Wtedy już o wszystkiem będzie z nami mówił i następuje odpowiednia chwila do zawarcia przyjaźni. Jednak trzeba bardzo uważać i wszystkie szczegóły z tego, co nam o sobie opowiada, zapamiętać, bo nieraz przez jedno nieoględne zapytanie o coś, o czem on już mówił i cośmy już winni byli wiedzieć, zniszczyć można doszczętnie owoce dotychczasowych wysiłków. W rozmowie z pacjentem, prócz chęci zainteresowania się jego sprawami, konieczna jest cierpliwość i spokój. I może właśnie wyrobienie w sobie cierpliwości jest w pracy naszej rzeczą najtrudniejszą. Chory często mówi długo i dużo, a my nawet drgnieniem nie powinniśmy zdradzić, że dość już mamy tego, lecz i owszem — należy podtrzymywać rozmowę i z całym spokojem słuchać. Nigdy nie wolno okazać choremu, że się spieszymy, że nie mamy czasu. Powinniśmy tak się zachowywać, by chory był przekonany, że zawsze mamy dlań tyle czasu, ile on wymaga, nie zbywać go prędko, byle czem, gdyż wszelki pośpiech zraża pacjenta. Zapewne, że tracimy w ten sposób dużo czasu, lecz lepiej zrobić mało, a dobrze, niż wiele, a niezupełnie dobrze.

Wdawanie się w długie pogadanki z chorymi jest wprost niemożliwe w przychodniach, w czasie godzin przyjęć. Natomiast na wywiadzie, poradniarka będąc w domu pacjenta, ma czas, a orjentując się w jego środowisku, tem łatwiej może zawiązać rozmowę. Uczynić to również może częściowo personal szpitali i lecznic. Każdy, kto pracował dłużej w szpitalach, wie o tem, jak chory łaknie rozmowy i czasem nawet ważniejsze jest zamienienie z nim paru słów, aniżeli podanie mu lekarstwa. Musimy

więc tak rozłożyć sobie pracę, by znalazł się także czas na pogadankę z chorymi.

Wreszcie trzeci warunek zawarcia przyjaźni z chorym, to umiejętność zastosowania się do jego poziomu umysłowego. Zdawaćby się mogło, że jest to trudny obowiązek do spełnienia, lecz jeśli raz już ktoś pracował wśród nas, wie, że tak nie jest. Przedewszystkiem musimy w postępowaniu z chorymi unikać wszystkiego, co by wyglądało na chęć zaimponowania im i okazania pewnej naszej wyższości społecznej. Niekiedy nawet dobrze jest i język swój nałamać do ich gwary i tą gwarą z nimi pomówić. Jak mile uśmiechają się oczy chorego, gdy posłyszy, że używamy tych samych wyrażeń i zwrotów, co on.

Często jednak mamy do czynienia z ludźmi o wysokim poziomie umysłowym i dlatego też nie wolno lekarzowi i pielęgniarce zaniedbywać ciągłego kształcenia się. O ile możności, wszyscy musimy interesować się wszelkiemi objawami życia umysłowego, a nie zasklepiać się we własnym zawodzie. Niech też żadna pielęgniarka nie sądzi, że czytanie dobrych książek beletrystycznych jest stratą czasu i że winna raczej przeczytać coś z dziedziny pracy społecznej. Nie, koniecznem nawet jest, by lektura obejmowała jak najszersze wiadomości o życiu, gdyż tak książka, mówiąca o zawodzie pielęgniarskim, jak i powieść jest potrzebna do pracy zawodowej. My musimy dużo czytać, by móc z każdym pacjentem mówić o tem, co go zajmuje. Powinnością naszą jest stale dbać o powiększanie naszych wiadomości i ogólne nasze wykształcenie nie powinno być zaniedbane wskutek pracy zawodowej.

Pamiętajmy zwłaszcza, że chcąc pracować społecznie, musimy przedewszystkiem pracować nad sobą i że tem prędzej zaczniemy zbierać plon naszej pracy, im lepiej i pełniej przygotowani staniemy do niej. Bo gdyby nasz zawód wymagał tylko wiedzy fachowej, to osiągnięcie celu byłoby łatwiejsze, lecz jak już na początku zaznaczyłam, drogą do pacjenta to droga do jego duszy.

Dr Ewa Cybulska
I-sza Asystentka Lecznicy w Hołosku pod kierunkiem
dra L. Węgrzynowskiego

Pielęgniarka społeczna w Poradni Przeciwgruźliczej

Nowoczesne pielęgniarstwo dla zaspokojenia coraz bardziej rosnących potrzeb medycyny leczniczej i zapobiegawczej, stworzyło dwa typy pielęgniarek: pielęgniarkę kliniczną i społeczną.

Wykształcenie obu typów tak praktyczne, jak i teoretyczne jest u nas w Polsce jednakowe. Zawodowa szkoła pielęgniarstwa daje absolwentkom tytuł ogólny „pielęgniarki dyplomowanej“. Dopiero po ukończeniu szkoły, pielęgniarka, idąc w kierunku swych zdolności i zamiłowań, uzyskuje specjalizację w obranym przez siebie dziale. Tak pielęgniarka kliniczna, jak i społeczna, pracuje dla zdrowszego, a przez to szczęśliwszego jutra ludzkości. Jest jednak między niemi zasadnicza różnica w typie pracy. Pielęgniarka kliniczna niesie pomoc w dniu bieżącym, spełnia szereg czynności, zabiegów, które przynoszą ulgę natychmiast. Pielęgniarka społeczna naucza, jak żyć należy, aby być zdrowym i jak postępować, by

choroby nie szerzyć. Wyniki jej pracy w przeciwieństwie do wyników pracy pielęgniarki klinicznej, przesunięte są w znacznej mierze w przyszłe pokolenia.

Tereny pracy obu typów pielęgniarek są jeszcze u nas rozgraniczane[1]). Pielęgniarka kliniczna obsługuje szpitale, kliniki, sanatorja, schroniska itp. Pielęgniarka społeczna pracuje na terenie przychodni i ośrodków zdrowia.

Jednem z najtrudniejszych zagadnień socjalnych, z jakiemi ma do czynienia pielęgniarka społeczna, jest gruźlica. Zagadnienie to wiąże się ściśle z całym szeregiem niedomagań ekonomicznych, jako to: ciasnotą



Pielęgniarka na wywiadach

i brakiem mieszkań, bezrobociem, nieodpowiedniemi warunkami pracy, dysproporcją sił pracownika w stosunku do wymagań zawodu, z niedostateczną płacą, a co za tem idzie, z niedożywianiem, brakiem wypoczynku itd. Niedomagania te podatnego na gruźlicę pacjenta zmuszają do posiadania „karty stałej“, a pacjenta z diagnozą postawioną posuwają ku coraz cięższym formom gruźlicy.

1) Współpraca obu typów, mało dotąd praktykowana w Polsce, jest bardzo pożądana: pielęgniarstwo społeczne w szpitalach.

Uprzytomniwszy sobie wszelkie trudności, musimy zapytać, w jakim kierunku ma iść praca pielęgniarska w przychodni przeciwgruźliczej. Odróżniamy tam dwa kierunki: jeden — to praca na terenie gruźlicy stwierdzonej, drugi — to obserwacja przypadków podejrzanych i wynajdywanie źródeł zakażenia.

W wypadku gruźlicy rozpoznanej rola pielęgniarki społecznej polega na nauczaniu chorego i jego otoczenia, jak ma postępować, aby infekcję jak najbardziej ograniczyć, oraz na ułatwianiu jego starań przez wydawanie środków odkażających, spluwaczek, wypożyczanie łóżek, dezynfekcji bielizny, naczyń i t. d. Pielęgniarka musi udzielić choremu i jego rodzinie wskazówek o znaczeniu ogólnohigjenicznem (czystość, przewietrzanie, racjonalne odżywianie, regularny tryb życia) oraz skierować do przychodni osoby, będące w kontakcie z chorym. Musi dopilnowywać wypełnienia zleceń lekarskich, dodawać otuchy chorym zniechęconym, a lekceważącym swój stan zdrowia, ostrzegać przed niebezpieczeństwem zaniedbywania kuracji.

Rady te są nam, pielęgniarkom społecznym, aż nazbyt dobrze znane; udzielać ich musimy z niesłabnącą wiarą i zapałem, gdyż tylko wówczas mogą wywrzeć wpływ na otoczenie. W każdym poszczególnym wypadku musimy stosować sposób nauczania do poziomu umysłowego osób, nad któremi pracujemy, i do ich typu psychicznego.

Niemniej ważnym obowiązkiem pielęgniarki jest nawiązanie łączności z instytucjami, z któremi musi współpracować przychodna przeciwgruźlicza, aby działalność jej dała wyniki pozytywne. Przychodnia musi bowiem mieć zapewnioną dostateczną ilość łóżek szpitalnych, sanatoryjnych, miejsca na kolonjach letnich, w domach wypoczynkowych, szkołach leśnych i t. d. Trudności są tu ogromne. Dość zajrzeć do naszych cyfr w miesięcznych wykazach „umieszczeń", aby odtworzyć sobie ogrom przeszkód, z jakiemi musimy walczyć i wobec których ogarnia nas często depresja.

Równie doniosłem zadaniem, jak praca nad gruźlicą rozpoznaną, jest wykrywanie źródeł zakażenia w przypadkach gruźlicy u dzieci oraz praca na terenie podejrzeń o gruźlicę. To jest ta cała masa kart obserwacyjnych (białych), jakich używa przychodnia przed postawieniem diagnozy.

Chory z rozpoznaną gruźlicą podlega stałej opiece pielęgniarki, jest w ewidencji przychodni i bywa regularnie odwiedzany. Chory bez postawionej diagnozy, a niezgłaszający się, może łatwo stać się dla przychodni tylko papierem.[1]) Dopóki chory będący na obserwacji, zgłasza się do przychodni regularnie, sprawa nie przedstawia trudności. Zostanie on bowiem, po przeprowadzeniu badań lekarskich, wypisany lub zaliczony do tej lub innej z grup diagnostycznych, jakiemi opiekuje się przychodnia. Inaczej jest, gdy chory przestaje zgłaszać się regularnie. Wówczas bowiem może być łatwo zapomniany, choć karta jego będzie leżała nadal w kartotece.

Osobiście sądzę, że trzymiesięczne nie zgłaszanie się chorego posiadającego kartę obserwacyjną, wymaga jej przejrzenia, zasięgnięcia opinji lekarza, a w podejrzanych przypadkach — wywiadu. Wywiad taki nie powinien być tylko przypomnieniem o zgłoszeniu się do przychodni, lecz powinien dostarczyć wiadomości o życiu chorego, dać szereg infor-

1) Technika segregowania kart obserwacyjnych byłaby kwestją do dyskusji.

macyj o zdrowiu rodziny lub środowiska osoby zarejestrowanej, pozwolić zorjentować się lekarzowi w tym lub innym kierunku, zależnie od badanego przypadku. Inaczej bowiem np. traktowana będzie anemja z przytłumieniem szczytów w środowisku zdrowem, o dobrych warunkach życia, inaczej tam, gdzie było stałe niedożywianie i dłuższy kontakt z gruźlikiem. Mechaniczne odkładanie kart obserwacyjnych i masowe wypisywanie niezgłaszających się chorych, bez przeprowadzenia wywiadu — jest wielkim, a niestety, spotykanym błędem. Sprawdzianem racjonalnej pracy przychodni przeciwgruźliczej jest stały miesięczny ubytek kart obserwacyjnych na korzyść wypisanych — lub na korzyść czynnych form gruźlicy.

Równą baczność, jak w kierunku kart obserwacji, musi okazywać pielęgniarka w stosunku do niezaraźliwej gruźlicy płuc i gruźlicy gruczołów. W tych przypadkach można się zgodzić na nieprzeprowadzanie wywiadów regularnych, jednak odwiedziny jednorazowe lub kilkakrotne muszą być dokonane w celu wykrycia źródła zakażenia. Ma to specjalną wagę w przypadkach gruźlicy płuc lub czynnej gruźlicy gruczołów u dzieci, za któremi często kryje się chory dorosły. Świadoma swych celów i zadań pielęgniarka nie przechodzi biernie obok nawet najmniej podejrzanego przypadku. Zainteresuje się nim sama, zainteresować potrafi lekarza, z którym pracuje. Ma ona stale na myśli słowa znanego phtisjologa francuskiego Bernard'a, że gdzie jest chore na gruźlicę niemowlę, musi być tam chora matka, jeśli nie ona, to babka, prababka, lub piastunka — i cały wysiłek skieruje na dokładne zorjentowanie się w zdrowiu otoczenia i wykrycie zakażenia.

Oto przykład: do przychodni przyjęto niemowlę o wybitnie dodatnim odczynie Pirquet'a, z diagnozą gruźlicy gruczołów. Zbadano najbliższą rodzinę i domowników, którzy okazali się zdrowymi, zbadano wszystkie osoby z mieszkań sąsiadujących, gdzie matka z dzieckiem bywała. Wszystko napróżno. Dopiero u ciotki odwiedzającej niemowlę co niedziela, odkryto źródło infekcji. Ciotka ta była 12-tą z rzędu osobą, badaną w związku z dzieckiem.

Ale jakiż w końcu cel ma wyszukiwanie gruźlicy — pomyśli zapewne niejedna z pielęgniarek, jeśli na terenie przypadków rozpoznanych tak nie wiele można konkretnie pomóc?

Jak wyżej zaznaczyłam, pielęgniarka społeczna jest dzisiaj przedewszystkiem pracownicą przyszłości. W takiem oświetleniu praca nad wykrywaniem gruźlicy, pozornie bezcelowa, staje się ważna, zaś zarejestrowanie gruźlika, skierowanego do przychodni przez pielęgniarkę — czynem tak realnym w zwalczaniu gruźlicy, jak umieszczenie chorego w sanatorjum lub szpitalu, — z tą tylko różnicą, że umieszczenie chorego jest pomocą dla chwili obecnej, a samo zarejestrowanie go — krokiem naprzód dla jutra całej sprawy.

Dobrze prowadzona rejestracja jest bowiem czynnikiem uświadamiającym społeczeństwo o szerzeniu się gruźlicy, a rzeczowa statystyka, na niej oparta, daje wytyczne polityce sanitarnej: wykazuje konieczność otwierania szpitali, sanatorjów, osiedli i t. p.

My dziś przechodzimy ten okres, który kilkadziesiąt lat temu przechodziły społeczeństwa zachodu mające obecnie dla swych przychodni przebogaty arsenał przeciwgruźliczy. I z im większą pasją zawodową, inteligentnie i gorliwie wykrywać będziemy przypadki gruźlicy, tem prędzej

przyjdzie czas, że gruźlik nietylko będzie rejestrowany, ale leczony, a zdrowy — zabezpieczony przed chorobą. Prawda, daleko jesteśmy od dostatecznej ilości łóżek szpitalnych i sanatoryjnych, prawie nie trafia się u nas umieszczanie dzieci z rodzin gruźlków w rodzinach zdrowych, prewentorja, domy - sanatorja, osiedla dla gruźlików — są jeszcze w sferze zamierzeń lub początków realizacji. Wystarczy jednak zestawić akcję przeciwgruźliczą w Polsce w roku 1919 z akcją w roku 1929 i udział w niej czynników rządowych, samorządowych i społeczeństwa, aby stwierdzić objektywnie, że idziemy naprzód.

Postęp sprawy zależy w znacznej mierze od danych, jakich dostarczają czołówki walki z gruźlicą — przychodnie przeciwgruźlicze. Te dane zaś wyszukuje i zbiera pielęgniarka społeczna w swym codziennym, szarym trudzie odwiedzin domowych. W jej więc rękach leży przyszłość sprawy. Chcąc ją przyspieszyć, musimy unikać w naszej pracy wszelkiego zmechanizowania, utrzymywać w sobie ciągle czujność i twórczość, wystrzegać się, jak wroga, apatji i zniechęcenia, które nas niekiedy nawiedzają, gdy trud nasz zdaje się być bezowocnym. Musimy *contra spem sperare!*

Wanda Lankajtesówna

O odwiedzinach w rodzinie gruźliczej

Zadaniem pielęgniarki społecznej podczas odwiedzin domowych w rodzinie gruźliczej jest roztoczenie opieki higjeniczno-społecznej nad chorym na gruźlicę oraz jego otoczeniem. W związku z tem pielęgniarka musi zorjentować się w warunkach mieszkaniowych i materjalnych powierzonych sobie środowisk i zaznajomić się z psychologją chorego i jego otoczenia, gdyż tylko wówczas może nakreślić sobie plan pracy na terenie rodziny.

Z tych wymagań, które stawia sobie każda pielęgniarka, przestępująca próg mieszkania powierzonej sobie rodziny, wynika niebezpieczeństwo mechanizacji i szablonu wywiadu. Tego niebezpieczeństwa musi się pielęgniarka wystrzegać, jak ognia. Szablon w odwiedzinach domowych godzi w najistotniejsze ich cele: pozyskanie zaufania, niemal przyjaźni rodziny, a co za tem idzie — wpojenie jej zasad higjeny, zrozumienia zaraźliwości gruźlicy i możności zapobiegania zakażeniu.

Dlatego niesłychanie ważny jest pierwszy wywiad. Nie powinien on być „wywiadem“ w ścisłem tego słowa znaczeniu, t. j. zebraniem informacyj o rodzinie, mieszkaniu, zarobkach i t. d. Powinien być raczej zaznajomieniem się z rodziną, zadzierżgnięciem pierwszych węzłów porozumienia się między środowiskiem a pielęgniarką społeczną.

Sądzę, że ostrożność i nieśpieszenie się jest wskazane zwłaszcza przy zbieraniu informacyj, dotyczących kwestji finansowej (komorne, zarobek, zapomogi), często ojciec lub matka sami, nie pytani, dostarczają ich, lecz zdarza się, że stają się nieufni, gdy im się to pytanie zada.

Informacje o mieszkaniu pielęgniarka zbiera obserwując, przytem dochodzi z czasem do takiej wprawy, że nie przeocza nawet szczegółów i wypytuje tylko o niektóre (np. o liczbę okien, jeśli nie ogląda całego mieszkania, kanalizację i t. d.).

Informacje o pacjencie zbiera jednocześnie udzielając mu rad: o zmienianie bielizny pyta, jednocześnie pouczając go o sposobie jej dezynfekowania, o odżywianie — dając jednocześnie wskazówki djetetyczne.

Punktem wyjścia wywiadu jest oczywiście członek rodziny zapisany w poradni, już jednak na pierwszym wywiadzie pielęgniarka rozgląda się wśród całej rodziny, zwracając uwagę na jej stan fizyczny, psychiczny i materjalny. Rozmawiając czy to z osobą chorą, czy z jej rodziną, pielęgniarka od czasu do czasu wtrąca jakąś radę, nie wyczerpuje jednak wszystkich punktów, o których pamięta. Mówi np. tylko o wentylacji, a nie dotyka drażliwej kwestji czystości osobistej lub porządku w mieszkaniu.

Nie zawsze też może, zaraz na pierwszym wywiadzie, pouczyć pacjenta z otwartą gruźlicą. Przestrzeganie ostrożności, by nie zarazić otoczenia bywa w niektórych środowiskach tak trudne, że przeraża pacjenta, który dopiero stopniowo, pod wpływem dłuższej znajomości z poradnią, jej lekarzem i pielęgniarką może się do nich zastosować. Nieraz słowo „gruźlica" budzi przestrach, jednak wytłumaczenie, że gruźlikiem nie koniecznie jest suchotnik, który zaraz musi umrzeć — uspokaja. Rodzina musi zrozumieć, że gruźlica nie bierze się „z przeziębienia", przesąd u nas jakże częsty. Tylko chory, rozumiejący zaraźliwość gruźlicy, może naprawdę — o ile ma dobrą wolę — konsekwentnie starać się o niezakażenie otoczenia. Pouczać trzeba stopniowo, indywidualnie, zależnie od poziomu umysłowego rodziny i możliwości praktycznego zastosowania teorji.

Rzecz prosta, że nie należy wpadać w krańcowość i bać się uczyć i radzić; trafiają się rodziny, u których śmiało można rozgadać się o wszystkiem zaraz na pierwszym wywiadzie i zebrać odrazu wszystkie informacje.

Każdy następny wywiad znajdzie punkt wyjścia w poprzednim. Pielęgniarka, dokładnie przygotowana, mając w pamięci treść poprzednich wywiadów i zanajomiona z typem chorego po zetknięciu się z nim w przychodni i w domu, wie, co w rodzinie jest słabą stroną, na co specjalny należy położyć nacisk. Z czasem zna po imieniu wszystkie dzieci, zna myśli i troski rodziny, a korzystając z tej znajomości i uzyskanego zaufania coraz to głębiej stara się wpajać zasady higjeny i profilaktyki.

W desperackich, niestety częstych przypadkach nie można radzić nic: w wilgotnej, ciasnej suterenie, z okienkiem wychodzącem na ścieki, w tłoku kilkunastu osób dorosłych i dzieci — wszelkie rady doprowadzić mogą tylko do rozdrażnienia. Trzeba milczeć, a cały wysiłek skierować na umieszczenie chorego, na wyrwanie dzieci, choć na krótki okres czasu, z zakażonego środowiska.

I w mniej krańcowych wypadkach pielęgniarka powinna ciągle mieć na uwadze znane jej instytucje pomocnicze, lecznicze, społeczne i filantropijne — o braku ich lub niewystarczalności nie mówię, bo wszystkie o nich wiemy. Jednak istnieją, — a nie zapominajmy, że każde staranie się o umieszczenie w sanatorjum czy w szpitalu, choć bezskuteczne, rozbudza jednak czujność społeczeństwa i zrozumienie ich potrzeby.

Tropienie gruźlicy, t. j. wyszukiwanie źródeł zakażenia i chorych w pierwszych stadjach, to obok dydaktycznej strony wywiadu drugie, najważniejsze jego zadanie. Powinna być kierowana do poradni cała rodzina chorego, przytem naprzód ci, których wygląd i samopoczucie zdaje się wskazywać na chorobę. Źródło zakażenia bywa i poza rodziną — wśród znajomych, krewnych, współpracowników — pielęgniarka powinna

i do nich dotrzeć. Kierowanie do zbadania staje się w naszych warunkach częstokroć bardzo trudne wobec przepełnienia w poradniach. Pielęgniarka, przekonawszy nieraz po długiej, uciążliwej argumentacji np. żonę chorego prątkującego o konieczności zaprowadzenia dzieci do poradni — zmuszona jest wyznaczyć datę badania za trzy lub cztery tygodnie. Niech owego dnia pada deszcz, niech w domu wypadnie pranie, albo niech które z dzieci dostanie kataru i matka przyjdzie nazajutrz — zostanie odesłana, przyczem datę wizyty wyznaczy się jej znowu za trzy tygodnie. „Nie takie to badanie ważne, jeśli tak z niem zwlekają" — rozumuje matka i traci zaufanie i do pielęgniarki i do poradni. To też unormowanie ruchu chorych z jak najszerszem uwzględnieniem ułatwień dla osób z t. zwanych kontaktów, t. j. ze środowisk gruźliczych, jest jednym z bardzo ważnych zadań pielęgniarki w pracy jej na terenie poradni. Pomocy w tych sprawach powinna szukać u lekarza-kierownika oraz lekarzy ordynujących.

Poniżej są podane rady, których pielęgniarka udziela w tej czy w innej formie, — w szerszym lub mniejszym zakresie.

Rady udzielane przez pielęgniarkę podczas odwiedzin w rodzinie gruźliczej.

W e n t y l a c j a. Jak najczęstsze otwieranie okien, ciepłą porą spanie przy otwartem oknie, chłodną porą przynajmniej dokładne wywietrzenie przed udaniem się na spoczynek. Jeśli wentylacja jest utrudniona przez źle wstawione okna, które na zimę muszą być zabite na stałe, pielęgniarka w porozumieniu z rodziną może próbować interwencji u właściciela domu, ewentualnie u władz miejskich. Również w wypadkach niewywożonych śmieci, źle utrzymanych postojów dorożkarskich i t. d. utrudniających wietrzenie należy zawiadomić władze sanitarne. Nie należy zapominać przy wentylacji o roli słońca, jako czynnika bakterjobójczego, i jak najczęściej nasłoneczniać mieszkanie.

S p r z ą t a n i e mieszkania powinno być dokładne, przez ścieranie kurzu i wycieranie podłogi mokremi ścierkami, zamiatanie dobrze zwilżonemi trocinami lub mokrym piaskiem, by jak najmniej pyłu unosiło się w pokoju. O ile warunki na to pozwalają, sprzątanie powinno się odbywać podczas nieobecności chorego oraz dzieci.

Ł ó ż k o c h o r e g o oddzielne, pościel wietrzona na słońcu, często zmieniana. Chory prątkujący jeśli nie może mieszkać w osobnym pokoju powinien przynajmniej mieć łóżko odstawione jak najdalej od łóżek reszty rodziny, o ile możności za parawanem obciągniętym płótnem łatwo dającem się zdejmować i prać. Łóżko jak najbliżej okna. Do łóżka chorego nie należy wścielać pościeli dzieci, które bezwzględnie powinny mieć swoje posłanie, choćby najprymitywniejsze (ławki, sienniki).

B i e l i z n a pościelowa i osobista osoby prątkującej przed praniem leży osobno w miejscu niedostępnem dla dzieci, w specjalnym worku (w braku worka w poszewce na poduszkę). Przed praniem powinna być zamoczona wraz z workiem na 24 godzin w 5% rozczynie lisolu, poczem może być prana z bielizną zdrowych. (O ile bielizna jest gotowana przez godzinę przed praniem — środka dezynfekcyjnego można nie używać).

S p l u w a c z k i dla chorych nieprątkujących zwyczajne emaljowane z przykrywką, w ich braku jakiekolwiek naczynie, zawsze napełnione częściowo wodą. Wylewane do kloaki. Chorzy prątkujący powinni pluć

stale do spluwaczek kieszonkowych,* odkażanych płynem dezynfekcyjnym (5% rozczynu lysolu lub płyn Kuss'a: 8 gr. mydła szarego, 10 gr. sody, 1000 wody. 40 cm³ formaliny. Obowiązkiem pielęgniarki jest zademonstrowanie odkażania spluwaczki, co następnie powinien robić sam chory, o ile nie jest w stanie ciężkim. Po odkażeniu spluwaczki należy pamiętać o dokładnem myciu rąk.

Naczynia, których używa chory prątkujący, muszą być osobne, osobno myte, wycierane osobną ścierką i raz dziennie wygotowane w wodzie z sodą. Najlepiej talerze, łyżki i t. d. odstawić na stale na ten cel przeznaczone miejsce, by te przedmioty, używane przez chorego nie myliły się z przedmiotami, używanemi przez zdrowych. Dzieci zdrowe ze środowiska gruźliczego powinny mieć też oddzielne naczynia, przez co je podwójnie ochraniamy.

Przybory toaletowe. Szczotka, szklanka do mycia zębów, ręcznik osobny. Płucząc jamę ustną, chory powinien pluć do wiadra, odkażanego następnie przez wlanie płynu dezynfekcyjnego lub kilkakrotne zagotowanie w nim wody; miednicę powinien mieć osobną, a przynajmniej myć ją po sobie dokładnie gorącą wodą i mydłem, ewentualnie rozczynem lysolu.

Przy kaszlu chory zasłania usta ręką, najlepiej wierzchem lewej dłoni; powinno to wejść w przyzwyczajenie każdego kaszlącego, bez względu na to, czy ma prątki w plwocinie, czy ich nie ma.

Lekarstwa chory musi zażywać regularnie według przepisu lekarza, nie leczyć się na własną rękę, nie zażywać leków „dobrych na płuca" (w Krakowie np. nafta, świeża krew wołowa i t. d.).

Wypoczynek. O ile możności chory (który nie leży w łóżku) powinien leżeć 2 godziny po obiedzie w pokoju przy otwartem oknie lub w ogrodzie albo na balkonie. Dłuższe leżenie według wskazówek lekarza. Osoba pracująca uzależnia oczywiście czas wypoczynku od godzin pracy, lecz często spotykane osoby bez zajęcia oraz dzieci mogą zastosować się do planu dnia, jakiego wymaga stan ich zdrowia.

Przechadzki. Czas trwania według wskazówek lekarza; należy przestrzegać chorych przed wygrzewaniem się na słońcu i kąpielami słonecznemi, które chętnie stosują z własnej inicjatywy. Pacjenci Kasy Chorych, pozostający na zasiłku, nieraz nie wychodzą z domu z obawy przed kontrolerem i w najpiękniejszą pogodę siedzą w dusznej izbie, — ci powinni udać się do lekarza z prośbą o danie im na piśmie pozwolenia na wychodzenie z domu w oznaczonych godzinach.

Odżywianie. Wedle wskazówek lekarskich.

Palenia papierosów jak i używania alkoholu chorzy powinni zaprzestać, a przynajmniej znacznie je ograniczyć.

Chronienie dzieci. Chora osoba prątkująca powinna przedewszystkiem wystrzegać się, by nie zarazić dzieci, a więc starać się jak najmniej z niemi przebywać, nie całować ich, nie bawić się z niemi i t. d. Higjena dziecka powinna być przytem w środowisku gruźliczem bardziej przestrzegana niż gdziekolwiek. Pielęgniarka stara się o kolonje wakacyjne, o zapisywanie dzieci do ochron, opieki pozaszkolnej, słowem — stara się o to, by dziecko jak najmniej było narażone na zetknięcie się z chorą osobą.

---

*) Do nabycia w Polskim Zw. Przeciwgruźliczym, Warszawa, Chocimska 24.

Wobec niemowlęcia ostrożności jeszcze są większe; ojciec lub rodzeństwo chore nie powinno mieć doń dostępu; jeśli chorą jest matka, a nie ma jej kto wyręczyć, przed spełnieniem jakichbądź zabiegów przy niemowlęciu musi umyć ręce, karmić niemowlę powinna w masce zrobionej z poczwórnie złożonej gazy założonej na nos i usta *).

Hanna Chrzanowska

Przegląd pism

Gruźlica, Organ Polskiego Zw. Przeciwgruźliczego Nr. 3 Maj-Czerwiec 1929 r. Rocznik IV.

Rola pielęgniarki przełożonej departamentalnej. (De l'infirmière-chef departamentale. Son rôle. Revue de phtisiologie r. 1927, Nr. 2 str. 162—170). Melle Delagrange (Paryż), streść. Dr. I. Balukiewiczówna (Warszawa). — Autorka przedstawiła zadania społeczne pielęgniarek przełożonych, których praca często bywa niedoceniana, niekiedy zaprzecza się wogóle konieczności ich istnienia. W chwili obecnej we Francji pielęgniarki-przełożone pełnią swój urząd w 25 departamentach. Obowiązkiem ich jest nadzór nad pracą pielęgniarek i całokształtem życia przychodni. Przełożona więc sprawdza czas trwania pracy w przychodni, sposób prowadzenia, oraz utrzymania kart i spisów chorych, sporządza wyciągi ze statystyk poszczególnych przychodni, wreszcie musi troszczyć się o wygląd pomieszczeń zajętych przez przychodnię i wprowadzać odpowiednie ulepszenia. — Pielęgniarki przełożone stale utrzymują łączność z instytucjami społecznemi, do których mogą, w razie potrzeby, zwracać się o pomoc dla chorych z przychodni, czyto w sprawie zapomóg pieniężnych, czyto przyjęcia do sanatorjum; są również same członkiniami licznych stowarzyszeń, wiele z nich jest sekretarkami stałemi komitetów przeciwgruźliczych. Pozatem ważna jest rola przełożonych względem pielęgniarki pracującej w poradni, której doświadczona kierowniczka pomaga w nowych, często nieznanych warunkach, służy radą, podtrzymuje chęć i zapał do pracy.

Udział inicjatywy własnej w pracy pielęgniarki społecznej w przychodni przeciwgruźliczej. (La part de l'initiative dans le travail des infirmières visiteuses antituberculeuses. Revue de phtisiologie r. 1927, Nr. 2. str. 171—177). Melle Delafontaine (Paryż), streść. Dr. I. Bulakiewiczówna. — Zdaniem autorki, zakres pracy pielęgniarki społecznej, która ma się przyczynić do wpajania w ubogą ludność zasad higjeny, wymaga nietylko wiadomości teoretycznych lecz przedewszystkiem żywej inteligencji i oddania zupełnego sprawie. O ile bowiem pielęgniarka szpitalna jedynie wypełnia zlecenia lekarskie, o tyle pielęgniarka społeczna, zarówno podczas pracy w przychodni, jak i w swych wędrówkach do rodzin pozostawiona jest sobie samej. W przychodni od niej zależy zapewnienie ciężej chorym lub matkom, przybyłym wraz z dziećmi, pierwszeństwa badania lekarskiego; w wywiadach dotyczących chorego i jego rodziny musi jak najtreściwiej podać najważniejsze dane, omijając sprawy drugorzędnej wagi; zadaniem jej jest także udzielenie objaśnień choremu co do stanu zdrowia, uspokajanie go, jeżeli wiadomość o chorobie wywrze zbyt wielkie wrażenie; ona wreszcie ma skłonić chorego do słuchania rad lekarza, czyto w sprawie wyjazdu, czy też zabrania dzieci z ogniska rodzinnego, zakażonego gruźlicą. Od jej umiejętności zależy zgłaszanie się osób z otoczenia chorego, które, choć uchodzą za zdrowe, bardzo często również są gruźlicą dotknięte. Najważniejsze jednak zadanie czeka pielęgniarkę w domu chorego, musi bowiem do każdego przypadku, w zależności od warunków mieszkaniowych i społecznych, zastosować ogólne zasady higjeny tak, aby bez wielkich trudności i ofiar mogły być urzeczywistnione. Mając tak szerokie pole do działania, musi jednak pielęgniarka stale pozostawać tylko w swej roli, a więc w sprawach dotyczących chorego nie wygłaszać swego zdania, lecz nakłaniać jedynie chorego do ścisłego wypełniania przepisów lekarskich; wiadomości zaś o stanie zdrowia musi udzielać choremu, czy jego rodzinie, tylko w takim zakresie, do jakiego jest upoważniona.

Znaczenie dla pielęgniarek społecznych znajomości pielęgniarstwa szpitalnego i ważność roli pielęgniarek, obznajomionych z całokształtem chorób społecznych. (De l'importance de la formation hospitalière pour les visiteuses d'hygiène sociale et du

---

*) Masek, jak i spluwaczek, parawanów, worków na brudną bieliznę, środków dezynfekcyjnych, leżaków i łóżek powinna dostarczać poradnia.

rôle des infirmières polyvalantes. Revue de phtisiologie, r. 1927. Nr. 2. str. 178—186). Melle Harvey (Rouen), streść. Dr. I. Bulakiewiczówna. — Autorka wypowiada w imieniu pielęgniarek francuskich następujące dwa życzenia: 1) aby dla uzyskania dyplomu pielęgniarki społecznej wymagane były dwuletnie kursy pielęgniarstwa szpitalnego i rok praktyki społecznej, 2) aby zamiast kształcenia pielęgniarek wyłącznie w jednej dziedzinie, czyto w walce z gruźlicą, czy też z chorobami wenerycznemi, czyto z chorobami wieku dziecięcego i t. d., dążyć do szkolenia pielęgniarek umiejących pracować w walce z każdą chorobą społeczną. Co do pierwszego punktu, to dwuletnią pracę w szpitalu uważa za konieczną dla nabycia nieodzownych pojęć o umiejętności pielęgnowania chorych. Na poparcie drugiego życzenia przytacza dowody, że już w Ameryce i Belgji są zwolennicy takich pielęgniarek, które nie mając poglądów zacieśnionych w kierunku walczenia z jedną tylko chorobą, mogą daleko sprawniej spełniać zadania krzewicielek higjeny, przyczem dzięki ogólniejszym wiadomościom łatwiej wzbudzają zaufanie rodzin, wreszcie przyczyniają się do zaoszczędzania wydatków państwowych.

Gruźlica Nr 4 Lipiec-sierpień 1929 r. Rocznik IV.

Znaczenie przychodni w walce z gruźlicą. (Le rôle des dispensaires dans la lutte contre la tuberculose. Revue Belge de la tuberculose, 1927 r. Nr. 6, str. 293—295). Dr. Duvivier, streść. Dr. W. Sobocińska (Warszawa). — Autor podkreśla konieczność uświadomienia jak najszerszych warstw ludności o tem, że nawet początkowe okresy gruźlicy wymagają długiego i sumiennego leczenia. Zadaniem przychodni przeciwgruźliczej jest jak najwcześniejsze rozpoznanie gruźlicy oraz odpowiednie pokierowanie leczeniem chorego. — Wobec braku dostatecznej liczby miejsc w sanatorjach, chorzy powinni być narazie umieszczani w szpitalach. Jednocześnie przychodnie wraz z odpowiedniemi instytucjami społecznemi, powinny się zająć rodziną chorego: należy zapewnić tej rodzinie byt. Po opuszczeniu sanatorjum, należy umożliwić chorym dalsze leczenie i zapewnić pomyślne warunki życiowe. Ozdrowieńcy powracający do pracy winni otrzymywać zajęcie odpowiednie do ich stanu zdrowia. Lekarze i pielęgniarki pouczają chorych i otoczenie, jak się mają zachować. Dla nieuleczalnie chorych należy otwierać szpitale-sanatorja.

Zadania społeczne szpitala dla chorych gruźliczych. (Woprosy Tuberculoza, Nr. 9, 1927, str. 54. J. Nieslin, streść. Dr. N. Berdo. — Skuteczne leczenie chorego w szpitalu wymaga opieki społecznej. Pielęgniarka przychodni powinna odwiedzać chorego w szpitalu, żeby być w styczności z chorym i jego lekarzem. Duże szpitale powinny mieć osobną pielęgniarkę opieki społecznej. Krótkotrwale doświadczenie szpitala imienia Ostroumowa wykazało celowość włączenia do personelu szpitalnego takiej pielęgniarki.

Postępy w badaniu gruźlicy wieku dziecięcego w Z. S. R. R. w latach 1917—1927. (Woprosy Tuberculoza, 1927, Nr. 10, str. 23). W. D. Markuzon, streść. Dr. Berdo). — Istotą planu walki z gruźlicą u dzieci jest założenie, że gruźlica zaczyna się w wieku dziecięcym, i w tym wieku należy z nią walczyć, zwiększając przedewszystkiem odporność ustroju dziecięcego. Prace zapobiegawcze wykonywa się w różnych instytucjach (ochrona matki i dziecka, ochrona zdrowia dzieci i dorastających) oraz w rodzinach, zapomoca oddziałów dla dzieci w przychodniach przeciwgruźliczych. Dla walki z gruźlicą u dzieci utworzono zakłady zapobiegawcze (szkoły leśne, szkoły-sanatorja) i lecznicze (sanatorja, szpitale dla ciężko chorych). Łączność między poszczególnemi instytucjami nawiązuje oddział dziecięcy przychodni, który zwykle obserwuje dziecko przez czas dłuższy i w odpowiedniej chwili skierowuje je do tego lub innego zakładu.

Sprawy Polskiego Stow. Pielęgniarek Zawodowych

Poświęcenie gmachu Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa.

Wspaniały gmach Warsz. Szk. Piel. powstał w ciągu ostatnich trzech lat dzięki ofierze 100.000 dolarów z Fundacji Rockefellera, sumie 600.000 zł. złożonej przez Rząd polski i sumie 100.000 zł., złożonej przez miasto na wykończenie Szkoły.

Akt poświęcenia odbył się dnia 11 maja b. r. Został zaszczycony obecnością p. Prezydentowej Mościckiej, przedstawicieli Rządu, Miasta, instytucyj społecznych i naukowych, oraz licznego grona zaproszonych gości.

Poświęcenia dokonał ks. biskup Szlagowski, który następnie wygłosił przemowę o zadaniach idei pielęgniarskiej, idei nawskroś chrześcijańskiej, której od wieków służyły zakony, będące kolebką nowoczesnego pielęgniarstwa świeckiego.

Prezes rady fundacji, Dr. Czesław Wroczyński, nakreślił w swem przemówieniu historję powstania i rozwoju Szkoły, zaznaczając ogromną rolę Rządu, Fundacji Rockefellera, Miasta, Polsk. Czerw. Krzyża i Amer. Czerw. Krzyża, oraz zasługi pierwszej dyrektorki Szkoły, Miss Bridge i obecnej dyrektorki p. Zofji Szlenkierówny.

Posady objęte i zmienione.

P. Róża Wojtasówna, abs. Warsz. Szk. Piel. od 1. IV. 1930 w sanatorjum w Hołosku (Lwów).

P. Marja Iwicka, abs. Uniw. Szk. Piel. i Higj. w Krakowie 1. IV. z poradni przy Klin. wewn. Uniw. Jana Kazimierza we Lwowie do Kasy Chorych w Łodzi.

P. Anna Mańkowska, abs. Warsz. Szk. Piel. 1. V. 1930 z poradni Lwowskiego Tow. Walki z Gruźlicą do Urzędu wojewódzkiego, jako referentka spraw Ośrodków Zdrowia na Wojew. Lwowskie.

P. Helena Biegajówna, abs. Warsz. Szk. Piel. od 5. V. w sanatorjum w Hołosku.

Z Polskiego Czerwonego Krzyża

Walny Zjazd Zrzeszenia Sióstr P. C. K.

W dn. 24 i 25 maja r. b. odbył sie w Warszawie doroczny Walny Zjazd Zrzeszenia Sióstr P. C. K.

W dniu pierwszym Zjazdu po Mszy św. w kaplicy P. C. K. przy ul. Smolnej 6 odbyło się zebranie, poświęcone sprawom zawodowym Zrzeszenia w gmachu Szkoły Pielęgn. P. C. K. Po południu zebranie miało miejsce w Szp. Ujazdowskim, w Sali Honorowej Zamku. Zostały wygłoszone 2 referaty: „Eugenika i jej zadanie społeczne“ — przez Dr. Jana Nowakowskiego, oraz „Wrażenia z Ameryki“, z przeźroczami — przez Dr. J. Ślaskiego. Wieczorem Siostry P. C. K. Szpitala Ujazdowskiego przyjmowały gości w swem kasynie.

W dniu drugim Zjazdu, na posiedzeniu porannem wygłoszono referaty: Pułk. Dr. St. Rudzkiego p. t. „Zadania pielęgniarki w klinicznem leczeniu gruźlicy“, Dr. Cz. Wroczyńskiego: „Zadania pielęgniarki w walce społecznej z gruźlicą“, oraz Majora Sypniewskiego: „Zagadnienie obrony przeciwgazowej“. Po zebraniu Komendant i Siostry Szp. Mokotowskiego podejmowały uczestniczki Zjazdu i zaproszonych gości obiadem, poczem nastąpiło jeszcze jedno zebranie, wypełnione wyborami. Na zakończenie uczestniczki Zjazdu zwiedziły nowy wzorowy Ośrodek Zdrowia w Grochowie.

Na Zjeździe były obecne 23 delegatki z prowincji i szpitali warszawskich, oraz liczny zastęp sióstr P. C. K., stale mieszkających w Warszawie.

Obszerne sprawozdanie zamieścimy w jednym z następnych numerów.

Zjazd przeciwgruźliczy w Oslo

Od 12—15 sierpnia b. r. odbędzie się VIII-my Zjazd Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego w Oslo, pod przewodnictwem prof. Frölicha, prezesa Norweskiego Związku Przeciwgruźliczego. — Program: 1) Szczepienie ochronne przeciwgruźlicze, metodą B. C. G. (prof. Calmette z Paryża). 2) Terakoplastyka w leczeniu gruźlicy płuc (prof. Bull z Oslo). 3) Szkolenie w zakresie walki z gruźlicą studentów medycyny i lekarzy (prof. His z Berlina). Koreferentami polskimi będą: do tematu biologicznego prof. Michałowicz z Warszawy, przewodniczący Polskiego Komitetu szczepień ochronnych przeciwgruźliczych, do tematu klinicznego prof. M. Rutkowski z Krakowa, do tematu społecznego prof. W. Orłowski z Warszawy.

Filmy propagandowe

znajdujące się na składzie w biurze Polskiego Związku Przeciwgruźliczego
Warszawa, ul. Chocimska 24.

Cena sprzedaży polskich filmów: zł. 1.25 za metr. Warunki wypożyczenia filmów: 5 gr. od metra za każdy dzień wyświetlania.

Filmy Polskich Sanatorjów Górskich i Nizinnych:

	Długość metrów	Czas wyświetlania minut
1) Sanatorja Górskie.		
Sanatorjum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Zakopanem dla dzieci	280	25
Sanatorjum dla dorosłych Nauczycieli Szkół Powszechnych	285	25
2) Sanatorja Nizinne.		
Sanatorjum typu barakowego Szpital-Sanatorjum w Prądniku Białym pod Krakowem	192	15
Sanatorjum typu zwykłego w Rudce pod Warszawą	292	25
3) Prewentorjum „Ustronie“ — Kępno Poznańskie.		
Zakład profilaktyczny dla dzieci	380	30
Propagandowe filmy Fracuskie.		
1) „Nie plujcie na ziemię“	198	20
2) „Myjcie ręce“	195	20
Niewidzialny wróg — „Gruźlica“.		
Prolog		
Zarazek Kocha	288	25
1) Zapobieganie gruźlicy.		
a) Higjena „Jak Franek spędza dzień“		
I cz. w domu . , ...	280	25
II „ w szkole	244	23
III „ ćwiczenia gimnastyczne	342	30
b) Szczepionka B. C. G.		
I cz przygotowanie szczepionki	208	20
II „ praktyka szczepienia	233	20
2) Arsenał przeciwgruźliczy.		
Badanie w Poradni Leon Bourgeois.		
Część I . . . . . , ...	370	30
Część II . , ...	346	30
Pielęgniarka — Wywiadowczyni.		
Część I	387	30
Część II . . . . , , .	436	30
Instytucja ochrony dzieci.		
Instytucja Grancher	253	20
Prewentorja.		
Canteleu i Flavigny	358	30
Gruźlica kostna		
Zuydcoote	236	30
Berck	304	25
Szpitale i Sanatorja.		
Bligny Część I . , ...	288	25
Część II	239	25
Częśr III	388	30

Spis przeźroczy

1) Śmiertelność z gruźlicy w Danji.
2) Śmiertelność z gruźlicy w Szkocji.
3) Śmiertelność ogólna, gruźlicza ogólna i wskutek ostrych chorób zakaźnych w stosunku do zaludnienia Warszawy.
4) Warunki mieszkaniowe ludności m. Warszawy.
5) Warunki mieszkaniowe zmarłych na gruźlicę płuc w Warszawie w r. 1924.
6) Zmarli na gruźlicę płuc w szpitalach.
7) Wpływ alkoholu na szerzenie się gruźlicy.
8) Odkrycie zarazka Kocha.
9) Barwienie i sztuczna hodowla laseczników gruźlicy.
10) Laseczniki gruźlicy.
11) Drogi rozprzestrzeniania się bakteryj gruźlicy w ustroju ludzkim (gruczoły i naczynia limfatyczne).
12) Drogi rozprzestrzeniania się bakteryj gruźlicy w ustroju ludzkim (serce i naczynia krwionośne).
13) Narządy oddechowe człowieka.
14) Pęcherzyki płucne.
15) Gruźlica tkanki płucnej przy bardzo dużem powiększeniu.
16) Przekrój płuca.
17) Płuca zdrowe.
18) Płuca gruźlicze.
19) Krowa chora na gruźlicę i jej opłucna pokryta gruzełkami.
20) Gruźlica organów płucnych bydlęcia.
21) Płuca i śledziona świni zdrowe i chore.
22) Gruźlica jelit — owrzodzenia.
23) Gruźlica narządów wewnętrznych (krtani, jelit, mózgu, nerek).
24) Gruźlica stawów.
25) Gruźlica kości.
26) Pierwsze objawy gruźlicy kości i stawów.
27) Klatka piersiowa suchotnika.
28) Wilk skóry zaczynający się — postać plamista.
29) Wilk skóry stadjum końcowe.
30) Gruźlica nosa.
31) Wilk śluzówki ust.
32) Wilk skóry — Elephantiasis consecutiva.
33) Pierwsze objawy gruźlicy płuc.
34) Sposoby szerzenia się gruźlicy.
35) Jak zabezpieczyć innych i siebie przed gruźlicą.
36) Jak badano suchotnika dawniej.
37) Zakopane — Sanatorjum — zimowa weranda.
38) Zakopane — pokój chorego.
39) Odpoczynek dzieci na słońcu.
40) Lekcja na świeżem powietrzu.
41) Sanatorjum w Zakopanem.

Komplet składa się z 41 sztuk

A. Kupno — 24 kolorowe po	zł. 2.20 gr. sztuka	zł. 52.80
17 czarnych po	„ 1.20 gr. „	„ 20.40
		Zł. 73.20 gr.

B. Wypożyczenie — 20 groszy za sztukę Termin: 10 dni z przesyłką. Zwrot kosztów opakowania i przesyłki pocztowej — Zł. 3.50 gr. (w jedną stronę).

Redaktor i wydawca odpowiedzialny: Hanna Chrzanowska.
Adres Administracji: Marja Starowieyska, Kraków, św. Krzyża 11.
Drukarnia „Głosu Narodu“ pod zarządem R. Ferka.

Redakcja otrzymała z Lwowskiego Tow. Walki z Gruźlicą:

1) **Kalendarz przeciwgruźliczy na r. 1930** pod red. Dr. M. Krasowskiej.
2) **Sprawozdanie z działalności Lw. Tow. W. z Gr. za rok 1926,** Dr. L. Węgrzynowski.
3) **Sprawozdanie z działalności Lw. Tow. W. z Gr. za rok 1927,** Dr. L. Węgrzynowski.
4) **O gruźlicy czyli suchotach** (praca nagrodzona na Konkursie Polskiego Towarzystwa Higjenicznego we Lwowie, 1926), Dr. Mikołajski.
5) **Gruźlica, jako klęska społeczna** (odbitka z „Higjena ciała"), Dr. L. Węgrzynowski.
6) **Społeczne znaczenie poradni przeciwgruźliczej i rola pielęgnarki,** Dr. L. Węgrzynowski.
7) **Ochrona dziecka przed gruźlicą systemem Grancher'a,** A. Dąmbska i A. Mańkowska, pielęgnarki zdr. publ.
8) **Przewodnik po przenośnem szkolnem muzeum przeciwgruźliczem,** Dr. Wiktor i Dr. St. Legeżyński.

Adres Redakcji i Administracji:

KRAKÓW, UL. ŚW. KRZYZA L. 11.

Cena prenumeraty w Polsce:

Rocznie 8 zł. — Półrocznie 4 zł. — Kwartalnie 2 zł.

Pojedyńczy num. 1 zł.

W Ameryce rocznie $1^1/_2$ dolara

We Francji „ 26 franków

Cena ogłoszeń $^1/_4$ str. 25 zł., $^1/_2$ str. 40 zł., cała str. 60.

Konto P. K. O. 409.450.

OD ADMINISTRACJI!

By uniknąć przerwy w otrzymywaniu „Pielęgniarki Polskiej", prosimy o podawanie **wszelkich zmian adresów,** jako też dokładne podawanie tychże, dla nowych abonentów.

POPIERAJMY POLSKIE UZDROWISKA

Schematyczne wskazania dla leczenia najważniejszych chorób przewlekłych w polskich uzdrowiskach.

Choroby serca i naczyń — Ciechocinek, Delatyn, Druskieniki, Inowrocław, Iwonicz, Jastrząb, Jaworze, Krynica, Morszyn, Nałęczów, Rabka, Rymanów, Truskawiec, Żegiestów

Choroby narządu oddechowego — Bystra, Ciechocinek, Delatyn, Druskieniki, Gdynia, Hallerowo, Inowrocław, Iwonicz, Jaremcze, Jaworze, Krościenko, Lubień W., Otwock, Rabka, Rymanów, Szczawnica, Truskawiec, Worochta, Zaleszczyki

Choroby żołądka — Druskieniki, Kosów, Krościenko, Krynica, Rymanów, Szczawnica, Wysowa, Żegiestów

Choroby jelit — Czerniewice, Druskieniki, Kosów, Krościenko, Krynica, Morszyn, Nałęczów, Rymanów, Szczawnica, Truskawiec, Wysowa, Żegiestów

Choroby wątroby — Czerniewice, Druskieniki, Krościenko, Krynica, Morszyn, Rymanów, Szczawnica, Truskawiec, Wysowa

Choroby nerek i dróg moczowych — Druskieniki, Krościenko, Krynica, Nałęczów, Rymanów, Szczawnica, Truskawiec, Wysowa, Zaleszczyki, Żegiestów

Choroby kobiece — Busk, Ciechocinek, Delatyn, Druskieniki, Goczałkowice, Inowrocław, Iwonicz, Jastrząb, Krynica, Lubień W., Nałęczów, Rabka, Rymanów, Solec, Truskawiec, Ustroń, Żegiestów

Choroby krwi — Krynica, Nałęczów, Szczawnica, Wysowa, Zakopane, Żegiestów.

Cukrzyca. — Krościenko, Krynica, Nałęczów, Rymanów, Szczawnica, Truskawiec.

Podagra — Druskieniki, Kosów, Krościenko, Krynica, Lubień W., Nałęczów, Rymanów, Truskawiec, Szczawnica, Żegiestów

Otyłość — Czerniewice, Kosów, Lubień W., Morszyn, Truskawiec

Gośćcowe i urazowe schorzenia kości i stawów — Busk, Delatyn, Ciechocinek, Goczałkowice, Horyniec, Inowrocław, Iwonicz, Jastrząb, Krzeszowice, Lubień W., Niemirów, Podgórze-Kraków, Rabka, Solec, Swoszowice, Truskawiec, Ustroń

Choroby skóry — Busk, Horyniec, Krzeszowice, Lubień W., Niemirów, Podgórze-Kraków, Solec, Swoszowice.

Choroby układu nerwowego — Bystra, Batowice, Ciechocinek, Czarniecka Góra, Druskieniki, Goczałkowice, Jastrząb, Inowrocław, Jaworze, Kosów, Krynica, Lubień, Miłowody, Nałęczów, Ojców, Zakopane, Żegiestów

Skaza zołzowa — Ciechocinek, Druskieniki, Gdynia, Goczałkowice, Hallerowo, Inowrocław, Iwonicz, Jastrząb, Rabka, Rymanów, Zakopane, Zaleszczyki.

Choroby z tłem kiłowem — Busk, Ciechocinek, Horyniec, Iwonicz, Krzeszowice, Lubień W., Niemirów, Rabka, Solec, Swoszowice

Gruźlica płuc — Bystra, Jaremcze, Otwock, Worochta, Zakopane, Zelemlanka, Zawoja

Gruźlica skóry, kości i stawów — Druskieniki, Ciechocinek, Iwonicz, Jastrząb, Goczałkowice, Rabka, Rymanów, Worochta, Zakopane, Zawoja.

Zatrucia metalami — Busk, Horyniec, Krzeszowice, Lubień W., Niemirów, Podgórze-Kraków, Solec, Swoszowice

Ozdrowiny po chorobach gorączkowych — Gdynia, Hallerowo, Inowrocław, Jaremcze, Jaworze, Krościenko, Krynica, Nałęczów, Rymanów, Szczawnica, Worochta, Zakopane, Zaleszczyki, Zawoja